

Wykonawca.....

 tel./ fax.

Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej
 w Kozienicach
 Al. Wł. Sikorskiego 10
26 – 900 Kozienice

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 19 – Materace przeciwodłęzynowe wraz z wyposażeniem

L. p.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa*/ zł., gr.	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1.	Materace przeciwodłęzynowe wraz z wyposażeniem	kpl.	15				
RAZEM						X	

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty ponoszone przez Zamawiającego

Cena netto /wartość/ zadania Nr 19, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymizł
 (słownie zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 19, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatek VAT zł.
 (słownie zł:).

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

WYMAGANIA TECHNICZNE

Typ /model oferowanego sprzętu :

Producent:

Kraj produkcji:.....

Rok produkcji:

OPIS TECHNICZNO-JAKOŚCIOWY ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY WRAZ Z WYPOSAŻENIEM – 15 kpl.				
1	Materac długoterminowy wzmocniony, wykonany z medycznego poliuretanu w osłonie z nylonu, wymaga materaca spodniego piankowego	Tak/ Podać	X	
2	Materac dwusekcyjny, napełnianie komór w cyklu 1:2	Tak	X	
3	Przeznaczony do terapii i leczenia odleżyn do III stopnia (w skali czterostopniowej)	Tak	X	
4	Rozmiar 200 x 82 cm (+/-3 cm)	Tak/ Podać	X	
5	Wysokość min. 13 cm	Tak	X	
6	Min 15 poprzecznych komór z możliwością wymiany poszczególnych komór	Tak/ Podać	X	

7	Maksymalne obciążenie min 180 kg	Tak/ Podać	X	
8	Szybkozłączka transportowa	Tak	X	
9	Zawór CPR	Tak/ Podać	X	
10	Pokrowiec barierowy plus 2 dodatkowe pokrowce barierowe (na zmianę) w kolorze jasnym beżowym lub ecru, paroprzepuszczalny, nie przepuszczający cieczy, mikroorganizmów, bakterii, rozciągliwy wielokierunkowo, możliwość prania i dezynfekcji w temp. 95°C, suszenia 110° - wszystkie właściwości potwierdzone badaniami niezależnego laboratorium akredytowanego	Tak/ Podać	X	
11	Zapasowa komora do materaca x 4	Tak/ Podać	X	
12	Zakres ciśnienia pompy zasilającej min. 20-60 mmHg – manualne pokrętło płynnej regulacji ciśnienia	Tak/ Podać	X	
13	Tryb pracy zmienny i stały, funkcja pielęgnacyjna	Tak/ Podać	X	
14	Długość cyklu pracy 12 min.	Tak/ Podać	X	
15	Wydajność pompy 8 l/min.	Tak/ Podać	X	
16	Pompa wyposażona w zewnętrzny kapsułowy filtr powietrza antybakteryjny łatwy w wymianie (bez użycia dodatkowych narzędzi)	Tak/ Podać	X	
17	Wizualny alarm niewłaściwego ciśnienia	Tak/ Podać	X	
GWARANCJA I SERWIS				
1	Okres gwarancji (24 m-ce, 36 m-cy, 48 m-cy – podać zaoferowany okres) – parametr podlegający ocenie.	Tak/ Podać	x	
2	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania w okresie gwarancyjnym w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku. Koszt przeglądów w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca.	Tak/Podać	x	
3	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku	Tak/Podać	x	
4	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw gwarancyjnych	Tak/ Podać	x	

	i okresowych przeglądów w okresie gwarancji.			
5	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw pogwarancyjnych i okresowych przeglądów w okresie pogwarancyjnym.	Tak/ Podać	x	
6	Świadectwo CE i Deklaracja Zgodności dla aparatu wraz z tłumaczeniem na język polski	Tak/ Podać	x	
7	Dokumentacja: instrukcja obsługi w języku polskim	Tak/ Podać	x	
8	Szkolenie pracowników w miejscu instalacji sprzętu w zakresie instrukcji obsługi.	Tak/ Podać	x	
9	Szkolenie personelu technicznego w zakresie: budowa i kontrola systemu, diagnostyka uszkodzeń w zakresie podstawowym, konserwacja systemu.	Tak/ Podać	x	

1. Wymienione parametry i opisy są warunkami minimalnymi, w przypadku zaoferowania przez Wykonawcę wyższych parametrów należy wpisać ich wartości.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowany sprzęt jest urządzeniem nowym, nie używanym, nie był przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będzie służył zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych nakładów ze strony Zamawiającego.
3. Oferowane wyposażenie jest w pełni kompatybilne ze sprzętem.
4. Nie spełnienie wymaganych powyżej parametrów minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy