**Wzór oferty** Załącznik nr 1.

**wraz z opisem przedmiotu zamówienia.**

Wykonawca:

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP:………………….…………………*

*KRS: ……………………………………*

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:

……………………….………………

Nr tel. …………………..…………

mail …………………..……………

**OFERTA Część 1**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na:

**Dostawa sprzętu medycznego, znak sprawy SzSPOO.SZP.3810.65.2025,**

**przedstawiamy następującą o**fertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT %*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | Materace przeciwodleżynowe zmiennociśnieniowe Nazwa:…………………………………………  Typ/ Model: ……………………………………………  Producent: ……………………………………  Kraj……………………………………………..  Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji ( nie starszy niż 2025)…………………………………….. | szt. | 3 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | X | X | X |  | X |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

Dostawa materacy przeciwodleżynowych zmiennociśnieniowych z pompą– 3 sztuki.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | Materac przeciwodleżynowy z fabrycznie pompą | TAK |  |
|  | Materac przeznaczony do stosowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn do IV stopnia włącznie według skali IV w skali EPUAP. | TAK |  |
|  | Materac składający się minimum 21 komór powietrznych wykonanych z poliuretanu. | TAK, podać |  |
|  | Materac składający się z minimum 3 komór statycznych w części głowy, minimum 18 komór zmiennociśnienowych w obiegu powietrza ABD, gdzie AB = tryb zmiennociśnieniowy naprzemienny w komorach górnych. Tryb D = statyczna podstawa "stable base" - uniknięcie efektu zapadania się pacjenta tzw. "bottoming out". Komory umieszczone w górnej kieszeni wyposażonej w zamek z suwakiem 360 stopni. Dolna kieszeń wypełniona podkładem piankowym, wyposażona w niezależny suwak. | TAK, podać |  |
|  | Zawór CPR zintegrowany ze złączem przewodu powietrznego w części głowy o czasie spuszczania powietrza maksimum 50 sec. | TAK, podać |  |
|  | Materac kładziony bezpośrednio na platformę leża. Wysokość komór po wypełnieniu minimum 18 cm, w tym minimum 13 cm komory, minimum pianka 5 cm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary 200cm x 85cm x 18cm | TAK |  |
|  | Materac dopasowany rozmiarem i pozwalający na swobodne opuszczanie i podnoszenie barierek bocznych łóżka | TAK |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta 220 kg | TAK, podać |  |
|  | Materac automatycznie dostosowujący się do zmiany pozycji łóżka (poziom ciśnienia, podatny na zmianę ułożenia materiał). Posiadający system przesuwania powietrza pomiędzy komorami (w celu szybszego napełniania) | TAK |  |
|  | Przewody materaca w pokrowcu ochronnym zakończone końcówką umożliwiającą ich łatwe zespolenie i odłączenie od pompy zasilającej materac. Posiadające zamknięcie transportowe w postaci nakładki na złączkę | TAK |  |
|  | Pokrowiec odporny na uszkodzenie, oddychający, wodoodporny i nieprzemakalny, rozciągliwy w dwóch kierunkach, redukujący działanie sił tarcia, na działanie środków dezynfekcyjnych i myjących | TAK |  |
|  | Pokrowiec paroprzepuszczalny, nie przepuszczający cieczy, odpinany na zamek z zabezpieczeniem z góry przed zalaniem. Zamek wyposażony w dwa suwaki. Pokrowiec z powloką bakteriobójczą | TAK |  |
|  | Materac wyposażony w podwójne komory, z których dolna warstwa komory jest statyczna (stało ciśnieniowa) i posiada niezależne zasilanie powietrzne, a górna warstwa komór pracuje w trybie standardu AB (funkcja pracy naprzemiennej) - w przypadku braku zasilania, materac utrzymuje swoje parametry, co gwarantuje wyższy poziom bezpieczeństwa i komfortu pacjenta | TAK |  |
|  | Materac posiada funkcję bezpiecznego transportu pacjenta, tj. po odpięciu pompy zasilającej materac zachowuje parametry i ustawienia do czterech godzin po odpięciu od pompy | TAK |  |
| Charakterystyka pompy | | | |
|  | Pompa, która sama dobiera odpowiednie ciśnienie w komorach, w zależności od wagi pacjenta i nie wymaga jej ustawiania i wyświetlania danych | TAK |  |
|  | Sterowanie za pomocą przycisków membranowych | TAK |  |
|  | Tryb kardiologiczny - funkcję typu „stable base”, urządzenie samo rozpoznaje ułożenie pacjenta i dobiera parametry do pozycji pacjenta. | TAK |  |
|  | Minimum trzy tryby: statyczny, zmiennociśnieniowy (tryb co 15 min), pielęgnacyjny (30 min) | TAK, podać |  |
|  | Rozmiar pompy: Maksimum dł. 26cm x szer. 8cm x wys. 13 cm, waga maksimum 1,5 kg | TAK, podać |  |
|  | Funkcja tłumienia drgań | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy przy niskim ciśnieniu | TAK |  |
|  | Możliwość zawieszenia pompy na szczycie łózka lub postawienie jest np. na podłodze, przewody powietrzne podłączanie do gniazda na bocznej ścianie pompy | TAK |  |
|  | Uchwyty do zawieszenia pompy na szczycie łóżka | TAK |  |
|  | Funkcja blokowania sterowania | TAK |  |
|  | Automatycznie uruchamiana blokada sterowania po min 4 minutach. Diodowy indykator stanu blokady | TAK |  |
|  | Sygnalizacja awaryjnego działania pompy | TAK |  |
|  | Zasilanie 220-230V, przewód zasilający odpinany od pompy | TAK |  |
|  | Oznaczenia przycisków w języku angielskim lub pompy posiadającej na panelu przednim piktogramy (obrazki) czytelnie opisujące funkcje przycisków wraz ze skróconym opisem trybów w języku polskim na obudowie pompy | TAK |  |
|  | Niski poziom hałasu, spadek napędu silnika po uzyskaniu ustawionego poziomu ciśnienia < 28 db | TAK |  |
|  | Regulacja poziomu komfortu pacjenta minimum w skali od -4 do +4, „0” automatyczny | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne natężenie przepływu:   ≧8-10 L/min | TAK |  |
|  | Dźwiękowy i wizualny alarm niskiego ciśnienia. | TAK |  |
|  | Funkcja blokady panelu sterowania pompy zabezpieczająca przed przypadkową zmianą ustawień | TAK |  |
| Wymagania dodatkowe | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie wydrukowanej i w wersji elektronicznej z wyszczególnieniem przeznaczenia produktu, oznakowania materaca, wskazówkami dotyczącymi bezpieczeństwa i zachowania środków ostrożności, wytycznymi dotyczącymi czyszczenia i dezynfekcji materaca, wytycznymi dotyczącymi prania pokrowca materaca | TAK |  |
|  | Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE.  Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia kopię certyfikatu i deklaracji zgodności. | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać  24 miesiące – 0 pkt  36 miesięcy – 20 pkt  48 miesięcy- 30 pkt  60 miesięcy – 40 pkt |  |
| Wymagane parametry i warunki | | | |
|  | Koszt pełnej obsługi serwisowej w okresie gwarancji; obejmującej przeglądy, w tym przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji, naprawy gwarancyjne i aktualizację oprogramowania; zawarty w cenie przedmiotu zamówienia. | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski. | TAK |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty dostawy. | TAK |  |
|  | Naprawa maksymalnie w ciągu 5 dni od zgłoszenia. | TAK, podać |  |
|  | Czas dostawy maksymalnie do 10 tygodni | TAK, podać |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej