**Pakiet nr 3 – dostawa materaców próżniowych**

**Formularz wymaganych parametrów techniczno- użytkowych**

**DANE OGÓLNE**

**NAZWA ….................................................................................................................................**

**TYP/ MODEL.....................................NR KATALOGOWY.............................**

**WYKONAWCA/PRODUCENT....................................**

Materac próżniowy 4 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr wymagany | TAK/NIE\* | Parametr oferowany\* |
|  | **Materac podciśnieniowy z dodatkową podłogą, pompką i pokrowcem** | | |
| 1 | ·Materac do transportu pacjentów urazowych na poszczególnych etapach ewakuacji, w tym w transporcie lotniczym | TAK |  |
| 2 | Możliwości zastosowania:  - Unieruchomienie i stabilizacja pacjentów z urazami kręgosłupa, miednicy oraz z urazami wielonarządowymi  - Transport pacjentów urazowych poprzez przenoszenie  - Transport pacjentów w materacu na noszach   karetkowych | TAK |  |
| 3 | Możliwość wykonywania zdjęć Rtg pacjenta w materacu | TAK |  |
| 4 | W konfiguracji :  - materac podciśnieniowy  - pompka dwukierunkowa  - torba transportowa na zestaw | TAK |  |
| 5 | Konstrukcja:  - materiał :  - powłoka wytrzymała,  - łatwo zmywalna  - nie wchłaniająca płynów  - wypełnienie granulat z tworzywa sztucznego  - zawór powietrzny – obrotowy  - wbudowane w obrys materaca (lub podobne) ergonomiczne uchwyty transportowe  - wbudowane min 3 pasy zabezpieczające | TAK |  |
| 6 | Materac odporny na zmiany temperatur, smary i substancje ropopochodne | TAK |  |
| 7 | Wymiary dopuszczalne od197do210 × od97do100 x 7 (cm) | TAK |  |
| 8 | Waga około 9 kg (+/- 30%) | TAK |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ***Załącznik nr 2 do* BPR/TP/06/2025 *FORMULARZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA CENOWY-*** | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa** | | **j.m.** | **Ilość** | **Cena**  **jednost**  **netto** | **Cena**  **jednost**  **brutto** | **Wartość NETTO**  **(wyrażona w zł)** | **VAT %** | **Wartość BRUTTO**  **(wyrażona w zł)** | **Producent/marka, model, typ itp.** |
| **1.** | Materac próżniowy | | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | |  |  |

…………....................................................

*podpis osoby / osób uprawnionych* *do składania oświadczeń woli kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*