**ZP/230-33/2022 Załącznik nr 1 do SWZ**

**Pakiet nr 6**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 10 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Materac aktywny, do terapii przeciwodleżynowej oraz umożliwiający szybkie leczenie odleżyn u pacjentów, u których powstały już wcześniej odleżyny. Przeznaczony to terapii do 3 stopnia odleżyn | **TAK** |  |
|  | Materac zbudowany z min 18 komór rurowych, poprzecznych wykonanych z poliuretanu, komory materaca w kształcie proste w przekroju owalne | **TAK** |  |
|  | Materac zmiennociśnieniowy, komory napełniają się powietrzem i opróżniają na przemian min co druga |  |  |
|  | Wymiary 200 x 85 cm  | **TAK** |  |
|  | Wytrzymałość mechaniczna min 200 kg | **TAK** |  |
|  | Skuteczność medyczna wg masy pacjenta min 150 kg |  |  |
|  | Zmywalny pokrowiec membrana medyczna | **TAK** |  |
|  | Pokrowiec materaca tzw. kompaktowy tj. okalający materac przeciwodleżynowy. Zapinany i odpinany zamkiem błyskawicznym |  |  |
|  | Materac kładziony na materacu spodnim (gąbkowym) będącym na wyposażeniu Szpitala. |  |  |
|  | 4 gumy na rogach w celu stabilizacji z materacem podkładowym |  |  |
|  | Materac wyposażony w pokrowiec odporny na uszkodzenie, oddychający, wodoodporny i nieprzemakalny, rozciągliwy w dwóch kierunkach, redukujący działanie sił tarcia, na działanie środków dezynfekcyjnych i myjących, paroprzepuszczalny, odpinany z zabezpieczeniem z góry przed zalaniem; wymagany tzw. okapnik |  |  |
|  | Przewody materaca w pokrowcu ochronnym zakończone końcówką umożliwiającą ich łatwe zespolenie i odłączenie od pompy zasilającej materac. Posiadające zamknięcie transportowe  | **TAK** |  |
|  | Funkcja szybkiego spuszczania powietrza z zaworem CPR | **TAK** |  |
|  | Komory wymienne | **TAK** |  |
|  | Wysokość napompowanego materacu max 15 cm | **TAK** |  |
|  | Pompa:- wyświetlacz LCD informujący (wyświetlający) o:a) aktualnym stanie, poziomie ciśnienia powietrza w materacu (mmHg)- zakres ciśnienia dla pracy pompy: 10- 55 mmHg (+/- 5 mmHg)- niski poziom hałasu- panel sterowania informujący diodami o wybranych ustawieniach, trybie pracy itp.- sterowanie za pomocą przycisków membranowych,- min. dwa tryby pracy: zmiennociśnieniowy i statyczny na okres pielęgnacji, z funkcją automatycznego powrotu do poprzednich ustawień po czasie 25 min. (+/- 5min)- możliwość ustawienia ciśnienia w komorach względem wagi pacjenta w skokach co max. 5 kg, - funkcję tłumienia drgań - alarm wizualny i dźwiękowy przy niskim ciśnieniu w materacu- uchwyty do zawieszenia pompy na szczycie łóżka,- zasilanie 220-230V | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie**  |  |  |
|  | Kabel zasilający |  |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie, z wyłączeniem podstawy jezdnej *(jeżeli dołączona jest do zestawu)* | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych |

Informacja:
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.