*Załącznik nr 2*

## **Materac zmiennociśnieniowy 2** szt.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2023/2024, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Materac powietrzny, przeciwodleżynowy, zmiennociśnieniowy, niskociśnieniowy | TAK |  |
| 2 | Rozmiar materaca 90cm x 200cm | TAK |  |
| 3 | Wysokość materaca 17 cm | TAK |  |
| 4 | Waga materaca 12 kg | TAK |  |
| 5 | Wymiary pompy zewnętrznej 29x20x12 cm | TAK |  |
| 6 | Masa pompy 2,2 kg | TAK |  |
| 7 | Materac 3 strefowy.  1 strefa: głowy – 3 komory pracujące w trybie stałego niskiego ciśnienia,  2 strefa: klatki piersiowej, krzyżowa, ud – 12 komór pracujących w trybie zmiennego niskiego ciśnienia lub stałego niskiego ciśnienia (z możliwością wyboru)  3 strefa: pięt – 9 komór pracujących w trybie stałego niskiego ciśnienia. | TAK |  |
| 8 | Materac składa się z 24 komór | TAK |  |
| 9 | Strefa pięt – pod komorami powietrznymi pianka, nachylona pod kątem 5˚, | TAK |  |
| 10 | Konstrukcja materaca zawiera zintegrowaną warstwę podkładu z pianki . Brak konieczności podkładania pod materac powietrzny materaca piankowego. | TAK |  |
| 11 | Możliwość rozłączenia warstwy komór powietrznych od podkładu z pianki i stosowania jej w funkcji nakładki powietrznej. | TAK |  |
| 12 | Materac w pokrowcu wodoszczelnym ze zgrzewanymi krawędziami, antystatycznym, niealergizującym, bakteriostatycznymi, grzybostatycznym, wykonanym z tkaniny rozciągliwej w dwóch kierunkach. | TAK |  |
| 13 | Materac przystosowany do mycia i dezynfekcji. Zamek pokrowca 360° (łatwość zdjęcia i czyszczenia) zakryty, chroniony przed łatwym zanieczyszczeniem. | TAK |  |
| 14 | Moduł sterujący pompy wyposażony w przyciski membranowe ułatwiające jego dezynfekcję. | TAK |  |
| 15 | Funkcja natychmiastowego utwardzenia powierzchni materaca w celu ułatwienia codziennych procedur pielęgniarskich. | TAK |  |
| 16 | Materac wyposażony w zawór natychmiastowego opróżniania - CPR oznaczony wyraźnym napisem i wyróżniający się kolorem. | TAK |  |
| 17 | Możliwość manualnego dostosowania poziomu ciśnienia w komorach, dla indywidualnego komfortu pacjenta. | TAK |  |
| 18 | Materac zaprojektowany do pracy w dwóch trybach terapeutycznych (z możliwością wyboru): ciągłego i zmiennego niskiego ciśnienia. | TAK |  |
| 19 | Wybór optymalnego czasu długości cyklu trybu zmiennego niskiego ciśnienia. Możliwość zaprogramowania cyklu o długości 10, 15, 20 lub 25 minut. | TAK |  |
| 20 | Manualna oraz automatyczna blokada funkcji, aktywowana po 5min. nieużywania panelu sterowania, | TAK |  |
| 21 | Dźwiękowy i wizualny alarm zbyt niskiego ciśnienia i awarii oraz braku zasilania, z możliwością wyciszenia. | TAK |  |
| 22 | Bezpieczne obciążenie robocze 250 kg | TAK |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)  Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.  *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |  |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny | Tak |  |

**Uwaga:   
1. Parametry techniczne graniczne stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

**2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.**

....................................................................................

data i podpisy