**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Nr sprawy: EZ/810/201-NT/21**

**KARTA PRODUKTU - Zadanie 1 - Dostawa bielizny pościelowej szpitalnej**

**PO MODYFIKACJI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | **PARAMETRY DLA BIELIZNY POŚCIELOWEJ SZPITALNEJ** | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETROFEROWANY *(do wypełnienia)* |
| 1 | Bielizna pościelowa szpitalna wykonana z tkaniny bawełniano-poliesterowej o splocie płóciennym. Skład materiału 48% bawełny (+/-3%), 52% poliestru (+/-3%). | TAK |  |
| 2 | Gramatura tkaniny 150 g/m2 (tolerancja +/-5g/m2).  | TAK |  |
| 3 | Kolor biały — biel min. 75%. | TAK |  |
| **4** | **Tkanina, z której wykonana będzie bielizna pościelowa szpitalna spełnia normę CEN/TS 14237.** *(Dołączyć do Oferty dokument o spełnieniu normy)* | TAK |  |
| 5 | Tkanina wytrzymała, niezmieniająca swoich właściwości fizycznych pod wpływem prania przemysłowego w temp. 65 0 C | TAK |  |
| 6 | Tkanina wytrzymała, niezmieniająca swoich właściwości fizycznych pod wpływem prasowania w temp. do 2000 C | TAK |  |
| 7 | Maksymalny wykurcz wyrobu gotowego do 5%. | TAK |  |
| 8 | Wymiar poszwy:160cm x 210 cm (+/-5 cm) z zakładką 30 cm (+/-5 cm) | TAK |  |
| 9 | Wymiar prześcieradła:160x 240 cm(+/-5 cm). | TAK |  |
| 10 | Wymiar poszewki: 70cm x 80 cm (+/-5 cm) z zakładką 20 cm (+/-5 cm) | TAK |  |
| 11 | Wymiar poszwy dziecięcej:150x100 cm(+/-5 cm) z zakładką 10 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
| 12 | Wymiar podkładu na łóżko: 80x160 cm (+/-5 cm). | TAK |  |
| **13** | Oznakowanie:  **SZPITAL IM. MARCINIAKA – Wrocław** Oznakowanie trwałym, odpornym na pranie w wysokich temperaturach nadrukiem o wielkości liter 0,8 - 1 cm w 2 rogach z każdej ze stron pościeli. | TAK |  |
| 14 | Karta techniczna tkaniny potwierdzająca gramaturę i skład. *(Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 15 | Gwarancja nie mniej niż 12 miesięcy. Podać oferowaną ilość miesięcy gwarancji. | TAK |  |

……………………...……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

 *(podpis)*

**KARTA PRODUKTU – Zadanie 2 - Dostawa poduszek szpitalnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   L.P. | **PARAMETRY DLA PODUSZEK SZPITALNYCH** | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETROFEROWANY*(do wypełnienia)* |
| 1 |  Poduszka szpitalna o rozmiarze: 80 x 70 cm  (dopuszczalny margines romiarów poduszki + 1 cm). | TAK |  |
| 2 | Wypełnienie hypoalergiczny granulat poliestrowy silikonowany. | TAK |  |
| 3 | Karta techniczna potwierdzająca gramaturę i skład. *(Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 4 | Poszycie z oddychającego materiału składającego się w 100% z poliestru. | TAK |  |
| 5 | Możliwość prania poduszki w temperaturze od 60 do 95°C.  | TAK |  |
| 6 | Instrukcja używania i prania poduszek. *(Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 7 | Poduszka nadaje się do prania wodnego, po procesie prania nie może występować zjawisko zbrylenia (zbicia) granulatu. | TAK |  |
| 8 | Gwarancja nie mniej niż 12 miesięcy. Podać oferowaną ilość miesięcy gwarancji. | TAK |  |

……………………...……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

 *(podpis)*

**KARTA PRODUKTU – Zadanie 3 - Dostawa kocy szpitalnych**

**PO MODYFIKACJI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  L.P. | **PARAMETRY DLA KOCY SZPITALNYCH** | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETROFEROWANY*(do wypełnienia)*  |
| 1 | Wymiary koca 150x200 cm (dopuszczalny margines wymiarów do +10 cm). | TAK |  |
| 2 | Materiał z jakiego wykonano koc szpitalny – akryl lub mieszanka żakardowo-bawełniana. (W parametrach podać materiał). Koc jednobarwny lub w kratę w kolorach pastelowych. | TAK |  |
| 3 | Gramatura koca min. 430 g/m2. | TAK |  |
| 4 | Temperatura prania koca od 40°C do 65 °C. | TAK |  |
| 5 | Karta techniczna tkaniny potwierdzająca gramaturę i skład. *(Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 6 | Instrukcja używania i prania koca. *(Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| **7** | **Tkanina, z której wykonany będzie koc spełnia normę CEN/TS 14237.*****(Dołączyć do Oferty dokument o spełnieniu normy)*** | TAK |  |
| **8** | Gwarancja nie mniej niż 12 miesięcy. Podać oferowaną ilość miesięcy gwarancji. | TAK |  |

……………………...……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

 *(podpis)*

**KARTA PRODUKTU – Zadanie 4 - Dostawa odzieży roboczej dla pracowników szpitala**

**PO MODYFIKACJI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | **PARAMETRY DLA ODZIEŻY ROBOCZEJ (BLUZA, SPODNIE, SPÓDNICA)** Pozycja 1,2,3 Formularza cenowego | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY *(do wypełnienia)* |
| **1**  | **Odzież robocza dwuczęściowa wielokrotnego użytku wykonana z tkaniny bawełniano-poliestrowej, o zawartości bawełny 48% (+/-5%) i gramaturze 135 g/m2 (+/-5%).** Kartę techniczną tkaniny potwierdzająca gramaturę i skład. *(Dołączyć do Oferty)* | TAK |   |
| 2  | Bluza: z krótkim rękawem, luźna, z dekoltem na zakładkę, wkładana przez głowę; z przodu wycięty karczek , z lewej strony na wysokości piersi naszyta kieszeń. | TAK |   |
| 3  | Kieszenie boczne na wysokości bioder, po bokach bluzy wycięte rozporki wzmocnione ryglami. Lamówka szyjna w różnych kolorach zapewniająca łatwą identyfikację rozmiaru  | TAK |   |
| **4**  | **Spodnie na gumce, wiązane z przodu na troki zapewniające łatwą identyfikację rozmiaru.** | TAK |   |
| 5  | Odzież w pełnej gamie rozmiarów S,M,L,XL,XXL,3XXL dostosowanej do potrzeb Zamawiającego *(Dołączyć do Oferty - tabelę rozmiarów stosowanych przez Wykonawcę).* | TAK |   |
| **6**  | **Odzież w minimum 10 kolorach (w odcieniach różu, zieleni, czerwieni, fioletu, niebieskiego, szarego, granatu, brązu) do wyboru przez Zamawiającego.**  | TAK |   |
| **7** | **Tkanina z której wykonana będzie odzież robocza spełnia normę CEN/TS 14237. *(Dołączyć do Oferty dokument o spełnieniu normy)*\*Wymóg ten nie dotyczy przypadku zaoferowania wyrobu odpowiadającego normie PN-EN 13795 zgodnie z Kryterium nr 3.** | TAK/NIE**\*** |  |
| **8** | Gwarancja nie mniej niż 12 miesięcy. Podać oferowaną ilość miesięcy gwarancji. | TAK |   |

### OPIS NADRUKU NA UBRANIU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Opis  | Wymóg graniczny | Potwierdzenie *(do wypełnienia)* |
| 1  | Nadruk umieszczony na bluzie na górnej kieszeni po lewej stronie na wysokości piersi oraz na spodniach na lamówce wewnętrznej.  | Tak |  |
| 2  | Wysokość nadruku – 0,8 - 1 cm.Szerokość nadruku proporcjonalnie do wysokości. | Tak |  |
| 3 | Nadruk trwały – niezmywalny. | Tak |  |

### WZÓR NADRUKU NA UBRANIU

**SZPITAL IM. MARCINIAKA - Wrocław**

(+skrócona nazwa oddziału) np. SOR, OChD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  L.P. | **PARAMETRY DLA FARTUCHA – TUNIKI**Pozycja 4 Formularza cenowego | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETROFEROWANY *(do wypełnienia)* |
| **1** |  **Fartuch-tunika damska, bez kołnierza, zapinanana na napy, rękaw ¾ w minimum sześciu kolorach do wyboru w odcieniach kolorów brązu, różu, niebieskiego, fioletu, szarego, zielonego.** | TAK |  |
| 2 | Trzy kieszenie naszywane - dwie boczne na wysokości bioder, górna mała z lewej strony. | TAK |  |
| 3 | Po bokach wszyte rozporki wzmocnione ryglami. | TAK |  |
| 4 | Wykonana z tkaniny bawełniano-poliestrowej, o minimalnej zawartości bawełny 48% (+/-5%) i gramaturze maksimum 135 g/m2 (+/-5%). Karta techniczna tkaniny potwierdzająca gramaturę i skład. *(Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 5 | Temperatura prania 65°C.  | TAK |  |
| 6 | Fartuchy-tunika w pełnej gamie rozmiarów damskich S,M,L,XL,XXL,3XXL dostosowanej do potrzeb Zamawiającego .*(Dołączyć do Oferty - tabelę rozmiarów stosowanych przez Wykonawcę).* | TAK |  |
| **7** | **Tkanina z której wykonane będą fartuchy - tuniki spełnia normę CEN/TS 14237. *(Dołączyć do Oferty dokument o spełnieniu normy)*\* Wymóg ten nie dotyczy przypadku zaoferowania wyrobu odpowiadającego normie PN-EN 13795 zgodnie z Kryterium nr 3.** | TAK/NIE**\*** |  |
| **8** | Gwarancja nie mniej niż 12 miesięcy. Podać oferowaną ilość miesięcy gwarancji. | TAK |  |
| **9** | Nadruk o wysokości liter 0,8 do 1,0 cm ze skróconą nazwą Szpitala. **(SZPITAL IM. MARCINIAKA - Wrocław),** umieszczony na górnej kieszeni po lewej stronie. | TAK |  |

……………………...……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)*

 …………………………………………

 *(podpis)*

**KARTA PRODUKTU – Zadanie 5 - Dostawa fartuchów i koszul szpitalnych
PO MODYFIKACJI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  L.P. | **PARAMETRY DLA FARTUCHA LEKARSKIEGO**Pozycja 1 Formularza cenowego | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETROFEROWANY *(do wypełnienia)* |
| 1 |  Fartuch lekarski biały z kołenierzem (krój damski i męski) zapinany na napy, długi rękaw. | TAK |  |
| 2 | Trzy kieszenie naszywane - dwie boczne na wysokości bioder, górna mała z lewej strony. | TAK |  |
| 3 | Po bokach wszyte rozporki wzmocnione ryglami. | TAK |  |
| 4 | Tkanina o gramaturze 150-170g/m2 bawelna+poliester+domieszki o minimalnej zawartości bawełny 48%. Karta techniczna tkaniny potwierdzająca gramaturę i skład.*(Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 5 | Temperatura prania 65°C.  | TAK |  |
| 6 | Fartuchy w pełnej gamie rozmiarów (damskie-męskie) S,M,L,XL, XXL, 3XXL dostosowanej do potrzeb Zamawiającego. *(Dołączyć do Oferty - tabelę rozmiarów stosowanych przez Wykonawcę).*  | TAK |  |
| 7 | Gwarancja nie mniej niż 12 miesięcy. Podać oferowaną ilość miesięcy gwarancji. | TAK |  |
| **8** | **Tkanina z której wykonane będą fartuchy lekarskie spełnia normę CEN/TS 14237. *(Dołączyć do Oferty dokument o spełnieniu normy)*** | TAK |  |
| **9** | Nadruk o wysokości liter 0,8 do 1,0 cm ze skróconą nazwą Szpitala. (**SZPITAL IM. MARCINIAKA - Wrocław**), umieszczony na górnej kieszeni po lewej stronie na wysokości piersi. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   L.P. | **PARAMETRY DLA KOSZUL SZPITALNYCH**Pozycja 2 Formularza cenowego | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETROFEROWANY *(do wypełnienia)* |
| **1** | Koszule szpitalne w jasnych odcieniach **kolorów,** rozcięte na plecach na całej długości z zakładką umożliwiającą osłonięcie pacjenta w miejscu rozcięcia. | TAK |  |
| 2 | Koszula wiązana na troki w różnych kolorach zapewniających łatwą identyfikację rozmiaru. Minimum trzy wiązania. | TAK |  |
| 3 |  Skład materiału 45%bawełna(+/-5%), 55 % poliester(+/-5%). Karta techniczna tkaniny potwierdzająca gramaturę i skład. (*Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 4 | Temperatura prania do 65o C. Instrukcja używania i prania. (*Dołączyć do Oferty)* | TAK |  |
| 5 | Koszule w rozmiarach M, L, XL, XXL, 3XL wg tabeli rozmiarów Wykonawcy.*(Dołączyć do Oferty - tabelę rozmiarów stosowanych przez Wykonawcę).*  | TAK |  |
| 6 | Gwarancja nie mniej niż 12 miesięcy. Podać oferowaną ilość miesięcy gwarancji. | TAK |  |
| **7** | Oznakowania wyrobów nadrukiem o wysokości liter 0,8 do 1,0 cm ze skróconą nazwą Szpitala. (**SZPITAL IM. MARCINIAKA - Wrocław**) w dolnej części koszuli szpitalnej. | TAK |  |

……………………...……. dnia …………………. r. …………………………………………

 *(miejscowość) (podpis*