## Załącznik nr 2 - 6 ZOZ/DZP/PN/1/18

**Zadanie nr 6**

**Poduszki i kołdry 12 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Producent/kraj: | | | |
| Model | | | |
| **L.P.** | **Warunki wymagane i podlegające ocenie** | **Wartość wymagana**  **TAK/NIE** | **Wartość oferowana. Potwierdzenie parametru, numery katalogowe** |
|  | **Parametry ogólne** |  |  |
| 0. | Fabrycznie nowe | TAK |  |
| **Poduszka** | | | |
| 1. | Wymiary: 46 x 71 cm (+/- 2%) | TAK |  |
| 2. | Kolor: niebieski | TAK |  |
| 3. | Wypełnienie: 100 % zgrzewne włókna poliestrowe z podtrzymującą wkładką termiczną | TAK |  |
| 4. | Tkanina zewnętrzna: 100 % poliuretan | TAK |  |
| 5. | Tkanina wewnętrzna: 100 % poliamid |  |  |
| 6. | Powierzchnia poduszki: tkanina wodoodporna | TAK |  |
| 7. | Waga wypełnienia: 700 g (+/- 5%) | TAK |  |
| 8. | Waga całkowita: 820 g (+/- 5%) | TAK |  |
| 9. | Sposób czyszczenia: dezynfekcja środkami ogólnodostępnymi | TAK |  |
| 10. | Tkanina odporna na działanie standardowych środków dezynfekcyjnych używanych w szpitalach | TAK |  |
| 11. | Szwy: niewidoczne zgrzewane szwy zapobiegające przedostawaniu się mikrobów do wewnątrz | TAK |  |
| 12. | Filtr boczny zapewnia oddychanie poduszki i blokuje wnikanie patogenów do środka | TAK |  |
| 15. | Antyalergiczna | TAK |  |
| **Kołdra** | | | |
| 1. | Wymiary: 138 x 198 cm (+/- 2%) | TAK |  |
| 2. | Kolor: niebieski | TAK |  |
| 3. | Wypełnienie: 100 % miękka poliestrowa termicznie związana wkładka | TAK |  |
| 4. | Odporność termiczna 4TOG | TAK |  |
| 5. | Tkanina zewnętrzna: 100 % poliuretan | TAK |  |
| 6. | Tkanina wewnętrzna: 100 % poliamid | TAK |  |
| 7. | Powierzchnia kołdry: tkanina wodoodporna | TAK |  |
| 8. | Waga wypełnienia: 200 g/m2 (+/- 5%) | TAK |  |
| 9. | Waga całkowita: 1600 g (+/- 5%) | TAK |  |
| 10. | Sposób czyszczenia: dezynfekcja środkami ogólnodostępnymi | TAK |  |
| 11. | Tkanina odporna na działanie standardowych środków dezynfekcyjnych używanych w szpitalach. | TAK |  |
| 12. | Szwy: niewidoczne zgrzewne szwy zapobiegające przedostawaniu się mikrobów do wewnątrz | TAK |  |
| 13. | Filtr boczny zapewnia oddychanie poduszki i blokuje wnikanie patogenów do środka | TAK |  |
| 15. | Antyalergiczna | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I TERMIN DOSTAWY** | | | |
| 1. | Gwarancja min. 24 m-ce  Zasady oceny punktowej:  Gwarancja 24 m-ce – 0 pkt.  Gwarancja 36 m-cy i więcej 20 pkt. | TAK(PODAĆ) |  |
| 2. | Termin dostawy:  4 tygodnie - 0 pkt  3 tygodnie - 10 pkt  2 tygodnie - 20 pkt | TAK(PODAĆ) |  |
| 3. | Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenie-podjęcie naprawy  - w okresie gwarancji – 24 godziny  - po okresie gwarancji – 48 godzin | TAK |  |
| 4. | Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia  - w okresie gwarancji - 3 dni  - po okresie gwarancji – 5 dni | TAK |  |
| 5. | Jeżeli czas naprawy będzie trwał dłużej niż 72 godziny, Zamawiający wymaga dostarczenia aparatu zastępczego o parametrach niegorszych niż oferowany. | TAK |  |
| 6. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień trwania naprawy gwarancyjnej | TAK |  |
| 7. | Liczba napraw powodująca wymianę na nowy w okresie gwarancji – 3 | TAK |  |
| 11. | Paszport techniczny ( jeżeli dotyczy), instrukcje obsługi w języku polskim; | TAK |  |
| 12. | Przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia użytkowników pracujących w trybie zmianowym w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu w zakresie obsługi aparatu, dodatkowo potwierdzone certyfikatem w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |

**Uwagi** :

1. Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych (wymaganych) skutkować będzie odrzuceniem oferty.

2. Oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia podanych przez oferenta parametrów w dostępnych materiałach technicznych lub u producenta w przypadku powstania wątpliwości co do ich prawdziwości.

**Oświadczamy**, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenia są kompletne i będą po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

……………….data………………….

……………………………….

Podpis

osoby/osób upoważnionej