**Pakiet nr 5 – Materac przeciwodleżynowy – 5 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Stawka Vat % | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Materac przeciwodleżynowy | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | |  |  |  |

**Nazwa urządzenia/model**...................................

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

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

**Rok produkcji** **(wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017r., fabrycznie nowy)**..........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne wymagania techniczne/parametry** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wyposażony w kompresor | Tak |  |
| 2. | Wykonany z wytrzymałego PCV, **odpornego na działanie środków myjących i dezynfekcyjnych** | Tak |  |
| 3. | Struktura bąbelkowa | Tak |  |
| 4. | Poprzeczne komory | Tak |  |
| 5. | Pompa zasilająca | Tak |  |
| 6. | Czas cyklu: 12 min. | Tak |  |
| 7. | Zakres ciśnienia: 50-105 mmHg | Tak |  |
| 8. | Przepływ: 4-6 l/min | Tak |  |
| 9. | Maksymalne obciążenie materaca: 110 kg | Tak |  |
| 10. | Wymiary materaca: 200 x 90 x 7 cm | Tak |  |
| 11. | Zasilanie AC 220 V, 50/60 Hz, 0,1 A | Tak |  |
| 12. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,  -Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
| 13. | Okres gwarancji nie mniej niż 2 lata | Tak |  |
| 14. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak/Podać punkty serwisowe |  |

Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w nadesłanych na wezwanie Zamawiającego katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.

Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.

Oświadczam/y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Data ........................................... ......................................................

(podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy)