



**Wymagane parametry techniczne –  
Materac przeciwoleżynowy pneumatyczny 3 szt**

| LP | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia                                                                                                                                                                                          | TAK/ NIE   | Parametry oferowane<br>Wpisać TAK/NIE,<br>podać wielkość, opisać |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------|
| 1. | Materac zbudowany z co najmniej 20 w pełni zmiennociśnieniowych, wymiennych komór powietrznych. Komory umieszczone w kilkunastu rzędach winny napęniać się powietrzem i opróżniać na przemian (co druga) w stałym cyklu 10- minutowym. | TAK        |                                                                  |
| 2. | Ciśnienie wytwarzane przez pompę nie większe niż 90mmHg regulowane bezstopniowo ręcznym regulatorem w zależności od wagi i pozycji pacjenta.                                                                                           | TAK        |                                                                  |
| 3. | Maksymalne obciążenie materaca nie mniej niż 120 kg                                                                                                                                                                                    | TAK        |                                                                  |
| 4. | Materac wyposażony w zasilacz pneumatyczny zawieszany na ramie łóżka z możliwością ustawienia na podłodze, zaopatrzony we wskaźniki sygnalizujące:<br>- pracę materaca<br>- brak właściwego ciśnienia z sygnalizacją świetlną          | TAK        |                                                                  |
| 5. | Rozmiary materaca dostosowane do standardowego łóżka szpitalnego, wysokość komór materaca 11-12cm.                                                                                                                                     | TAK        |                                                                  |
| 6. | Materac wykonany z elastycznego nie usztywnianego poliuretanu zapewniającego wieloletnie użytkowanie. Materac kładziony na standardowy materac szpitalny.                                                                              | TAK        |                                                                  |
| 7. | Materac pokryty odpinanym półprzepuszczalnym pokrowcem przepuszczającym parę wodną i powietrze, a zatrzymującym ciecze, wykonany z dzianiny rozciągliwej we wszystkich kierunkach.                                                     | TAK        |                                                                  |
| 8. | Możliwość szybkiego spuszczenia powietrza. (funkcja CPR)                                                                                                                                                                               | TAK        |                                                                  |
| 9. | Możliwość mycia i dezynfekcji. Możliwość sterylizacji pokrowca.                                                                                                                                                                        | TAK        |                                                                  |
|    | <b>Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego</b>                                                                                                                                                                                       |            |                                                                  |
| 1. | Okres gwarancji min. 12 miesięcy                                                                                                                                                                                                       | TAK, Podać |                                                                  |

.....  
Podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty





| LP | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia                                                                                                  | TAK/ NIE                           | Parametry oferowane<br>Wpisać TAK/NIE,<br>podać wielkość, opisać |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 2. | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji                                                                                                      | Max 3 dni<br>robocze, <b>Podać</b> |                                                                  |
| 3. | Do oferty należy dołączyć (w języku polskim) materiały informacyjne dotyczące oferowanego przedmiotu zamówienia oraz jego zdjęcie (fotografie) | TAK                                |                                                                  |
| 4. | Dostawa urządzeń w okresie od 10 do 23 września 2009r, w terminie 5 dni od przesłania przez Zamawiającego zamówienia faksem                    | TAK                                |                                                                  |

**Oferty nie spełniające co najmniej jednej z wyżej wymienionych wymagań zostaną odrzucone.**

.....  
Podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty

