***Modyfikacja z dnia 21.06.2018 r.***

**Poduszka bakteriostatyczna - 10 szt. oraz Koc bakteriostatyczny – 10 szt.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW

***Uwaga! Szczegółowy opis wypełnienia niniejszego załącznika znajduje się w Rozdz. X, pkt. 2 SIWZ.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Wykonawca/Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji nie starszy niż 2017 r. | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY** | PARAMETRY GRANICZNE | Oferowane parametry(podaje Wykonawca) |
|
| **Poduszka bakteriostatyczna** |
|  | Wymiary: 55 x 55 cm (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Poduszka wykonana z poliestrowego pokrowca pokrytego powłoką poliuretanową, wypełniony włóknem poliestrowym | TAK |  |
|  | Kolor: niebieski | TAK |  |
|  | Zgrzewane szwy nieprzepuszczalne dla płynów | TAK |  |
|  | Tkanina odporna na działanie standardowych środków dezynfekcyjnych używanych w szpitalach | TAK |  |
|  | Zastosowany materiał zapobiega rozwojowi bakterii i drobnoustrojów, zwiększając ochronę przed zakażeniami wewnątrzszpitalnymi | TAK |  |
|  | Możliwość prania w pralce w temperaturze min. 90 st. C | TAK |  |
|  | Odporność ogniowa M1 | TAK |  |
| **Koc bakteriostatyczny** |
| 1. | Wymiary: 110 x 190 cm (+/- 5%) | TAK |  |
| 2. | Koc wykonany z poliestrowego pokrowca pokrytego powłoką poliuretanową, wypełniony włóknem poliestrowym | TAK |  |
| 3. | Kolor: niebieski  | TAK |  |
| 4. | Warstwa przylegająca bezpośrednio do pacjenta:* miękka
* elastyczna
* nie przepuszcza płynów
* paroprzepuszczalna
* odporna na powstawanie pleśni
* możliwość dezynfekcji przy pomocy standardowych środków chemicznych
* odporny na działanie moczu i krwi
 | TAK |  |
| 5. | Warstwa środkowa:* wykonana z materiału termoizolacyjnego
 | TAK |  |
| 6. | Warstwa zewnętrzna:* wodoodporna
* łatwa w zmywaniu
* zabezpiecza pacjenta przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi
 | TAK |  |
| 7. | Zgrzewane szwy nieprzepuszczalne dla płynów | TAK |  |
| 8. | Tkanina odporna na działanie standardowych środków dezynfekcyjnych używanych w szpitalach | TAK |  |
| 9. | Zastosowany materiał zapobiega rozwojowi bakterii i drobnoustrojów, zwiększając ochronę przed zakażeniami wewnątrzszpitalnymi | TAK |  |
| 10. | Możliwość prania w pralce w temperaturze min. 90 st. C | TAK |  |
| 11. | Odporność ogniowa M1 | TAK |  |

***WARUNKI GWARANCJI I SERWISU***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Warunki gwarancji i serwisu** | **Warunek graniczny** | **Oferowane warunki (podaje Wykonawca)** |
| 1 | ~~Pełna obsługa serwisowa napraw oraz przeglądy okresowe - konserwacje (wraz z elementami wymienianymi – nie określanymi w instrukcji obsługi jako elementy zużywalne) w okresie gwarancji dokonywane przez autoryzowany serwis producenta, wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilość godzin pracy, itp.~~ | ~~TAK~~ | - |
| 2 | Czas usunięcia usterki/awarii od momentu przyjęcia zgłoszenia | max. 4 dni kalendarzowe |  |
| 3 | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 4 dni kalendarzowe - Wykonawca jest zobowiązany na własny koszt do dostarczenia urządzenia zastępczego - takiego samego typu - na czas trwania naprawy. Zamawiający nie ponosi z tego tytułu ewentualnych dodatkowych kosztów | TAK |  |
| 4 | W przypadku awarii - naprawa w siedzibie Zamawiającego, w przypadku braku możliwości naprawy w siedzibie Zamawiającego wszelkie koszty transportu ponosi Wykonawca | TAK |  |
| 5 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju  | TAK |  |
| 6 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę tego samego elementu lub podzespołu na nowy: dopuszczamy 2-krotną naprawę, w przypadku 3-ciego uszkodzenia - wymiana elementu lub podzespołu na nowy | TAK |  |
| 7 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia | min. 10 lat od daty dostawy  |  |
| 8 | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla Zamawiającego (najbliższy) punkt napraw pogwarancyjnych (adres, telefon, e-mail) | Podać |  |