**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Formularz ofertowy**

**Część I – Pościel z filtrem barierowym**  – 33 kpl.

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2024 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagany parametr urządzenia |  | Oferowany parametr |
| **Kołdra medyczna – 33 szt.** | | | |
| 1. | Wymiar 200x160 cm | TAK, podać |  |
| 2. | Produkt barierowy, hermetycznie zamknięty z wbudowanym filtrem powietrza | TAK, podać |  |
| 3. | Waga : max 1 500 g | TAK, podać |  |
| 4. | Tkanina: 100% poliuretan, wodoodporna, gramatura: 150g/m2 | TAK, podać |  |
| 5. | Wypełnienie: 100% poliestrowa wata termiczna 200g/m2 | TAK, podać |  |
| 6. | Czyszczenie: dezynfekcja maks. 72% alkoholu, maks. 1000 ppm aktywnego chloru | TAK, podać |  |
| **Poduszka medyczna -33 szt.** | | | |
| 1. | Wymiar 70 x60 cm | TAK, podać |  |
| 2. | Produkt barierowy, hermetycznie zamknięty z wbudowanym filtrem powietrza | TAK, podać |  |
| 3. | Waga : max 1000 g | TAK, podać |  |
| 4. | Tkanina: 100% poliuretan, wodoodporna, gramatura: 150g/m2 | TAK, podać |  |
| 5. | Wypełnienie: 100% włókno Primaloft | TAK, podać |  |
| 6. | Czyszczenie: dezynfekcja maks. 72% alkoholu, maks. 1000 ppm aktywnego chloru | TAK, podać |  |
| **Materac medyczny średniego ryzyka -33 szt.** | | | |
| 1. | Wymiar 198x88x15 cm | TAK, podać |  |
| 2. | Materac z właściwościami zmniejszającymi ucisk i zapewnienia bezpieczeństwo na brzegach przy siadaniu. | TAK , podać |  |
| 3. | Produkt barierowy, hermetycznie zamknięty z wbudowanym filtrem powietrza, przy całkowitej barierze ochronnej zapewnia przepływ powietrza. | TAK, podać |  |
| 4. | Tkanina: 100% poliuretan, wodoodporna, gramatura: 215g/m2 | TAK , podać |  |
| 5. | Wypełnienie: góra miękka pianka zapamiętująca kształt | TAK, podać |  |
| 6. | Część środkowa: Miękka pianka poliuretanowa o wysokiej sprężystości | TAK, podać |  |
| 7. | Ściany boczne i podstawa: twarda pianka poliuretanowa o wysokiej sprężystości | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 12 miesiące | Tak , podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WARTOŚĆ** | |
| ***KWOTA NETTO*** |  |
| ***VAT %*** |  |
| ***KWOTA BRUTTO*** |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

/podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Część II – Bielizna pościelowa -60kpl**.

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2024 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagany parametr urządzenia |  | Oferowany parametr |
| **Poszwa – 60 szt.** | | | |
| 1. | Wymiar 200x160 cm z zakładką 30 cm | TAK, podać |  |
| 2. | Kolor biały | TAK, podać |  |
| 3. | Tkanina: 100% bawełna, gramatura 145 g/m2 | TAK, podać |  |
| 4. | Haft komputerowy na poszwie w dolnym rogu o wielkości min. 10 cm o treści ONKOLOGIA | TAK, podać |  |
| 5. | Czyszczenie: temperatura prania 950 C | TAK, podać |  |
| **Poszewka -60 szt.** | | | |
| 1. | Wymiar 70 x 60 cm + zakładka 20 cm | TAK, podać |  |
| 2. | Kolor biały | TAK, podać |  |
| 3. | Tkanina: 100% bawełna, gramatura 145 g/m2 | TAK, podać |  |
| 4. | Haft komputerowy na poszewce w dolnym rogu o wielkości min. 10 cm o treści ONKOLOGIA | TAK, podać |  |
| 5. | Czyszczenie: temperatura prania 950 C | TAK, podać |  |
| **Prześcieradło- 60szt** | | | |
| 1. | Wymiar 15x90x200cm | TAK, podać |  |
| 2. | Kolor biały | TAK , podać |  |
| 3. | Tkanina: 100% bawełna, gramatura 145 g/m2 | TAK, podać |  |
| 4. | Haft komputerowy na poszewce w dolnym rogu o wielkości min. 10 cm o treści ONKOLOGIA | TAK , podać |  |
| 5. | Guma po całym obwodzie | TAK , podać |  |
| 6. | Czyszczenie: temperatura prania 950 C | TAK, podać |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

/podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Część III – materac przeciwodleżynowy -3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2024 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagany parametr urządzenia |  | Oferowany parametr |
| **Materac przeciwodleżynowy model niski – 3 szt.** | | | |
| 1. | Wymiar 192 x 82cm x 7 cm ( +/- 1cm) po napompowaniu | TAK, podać |  |
| 2. | Objętość ≤ 70L | TAK, podać |  |
| 3. | Ilość komór poprzecznych 26 (+/- 2 ) | TAK, podać |  |
| 4. | Stabilizacja materaca : wyłóg wymaga materaca spodnego | TAK, podać |  |
| 5. | Masa własna : 2 kg ( +/- 20 g) | TAK, podać |  |
| 6. | Rodzaj materiału : poliuretan | TAK, podać |  |
| 7. | System Air | TAK, podać |  |
| 8. | max waga użytkownika 130 kg | TAK, podać |  |
| 9. | Pompa do materaca przeciwodleżynowego – 3 szt. | TAK, podać |  |
| 10. | Pompa dwusekcyjna, do współpracy z materacami pęcherzykowymi oraz prostokomorowymi | TAK, podać |  |
| 11. | Zasilanie AC 230V 50Hz, ≤ 12 W | TAK, podać |  |
| 12. | Głośność ≤ 24 dB | TAK, podać |  |
| 13. | Wymiarami 28 x 14 x 9 cm ( +/- 2 cm) | TAK, podać |  |
| 14. | Zakres Ciśnienia : 10-50 mmHg | TAK, podać |  |
| 15. | Wydajność pod obciążeniem : ≤ 8 l/min | TAK, podać |  |
| 16. | Ilość sekcji powietrza min 2 | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak , podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WARTOŚĆ** | |
| ***KWOTA NETTO*** |  |
| ***VAT %*** |  |
| ***KWOTA BRUTTO*** |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

/podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Część IV – materac przeciwodleżynowy -3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2024 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagany parametr urządzenia |  | Oferowany parametr |
| **Materac przeciwodleżynowy model cienki – 3 szt.** | | | |
| 1. | Wymiar 200 x 90 cm x 5 cm ( +/- 2 cm) po napompowaniu | TAK, podać |  |
| 2. | Cicha pompa <31 dB | TAK, podać |  |
| 3. | 2 sekcje naprzemiennie napełniające się lub opróżniające w cyklu 12 min | TAK, podać |  |
| 4. | Wyłogi o długości 38 cm ( +/- 2 cm) na końcach zapobiegające przesuwaniu się materaca | TAK, podać |  |
| 5. | Pompa w zestawie | TAK, podać |  |
| 6. | Antypoślizgowe zaczepy na pompie oraz haki do zawieszania pompy | TAK, podać |  |
| 7. | Leże wykonane z PVC | TAK, podać |  |
| 8. | Max waga użytkownika 130kg | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak , podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WARTOŚĆ** | |
| ***KWOTA NETTO*** |  |
| ***VAT %*** |  |
| ***KWOTA BRUTTO*** |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

/podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***