# **dot.: PN 23/17 - Standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech przedmiotu zamówienia (dla Pakietu nr 1-19):**

W opisie przedmiotu zamówienia określono standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech przedmiotu zamówienia. Przedmiot zamówienia został określony w sposób wyczerpujący, z uwzględnieniem wszystkich potrzeb Zamawiającego w zakresie jego prawidłowej realizacji. Przedmiotowe zamówienie nie generuje żadnych dodatkowych kosztów po stronie Zamawiającego (posiadamy środki finansowe na wszystkie etapy cyklu życia).

Reasumując, standardy jakościowe zostały określone w opisie przedmiotu zamówienia, poprzez podanie wszystkich istotnych cech zamawianych produktów. Opis ten jest na tyle precyzyjny, że bez względu na fakt, kto jest wykonawcą zamówienia jedynym czynnikiem różnicującym oferty jest cena. Poprzez wskazanie cech produktów, które będą dostarczone w ramach umowy, opis przedmiotu zamówienia uwzględnia również koszty ponoszone w całym okresie korzystania z przedmiotu zamówienia. Dodatkowo zaznaczyć należy, że zamawiane produkty charakteryzują się jednorazowym użyciem (podaniem).

Opis przedmiotu zamówienia uwzględnia wszystkie elementy, które mają wpływ na koszty związane z eksploatacją i utylizacją przedmiotu zamówienia. Koszty ponoszone przez Zamawiającego w całym okresie korzystania z produktów spełniających podane parametry będą takie same bez względu na szeroko rozumianego producenta poszczególnych produktów.

**dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 1**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD/ PRODUKTU |
|  | **Stymulator SSIR MRI z elektrodami MRI oraz monitorowaniem domowym dla dzieci starszych** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Stymulator** | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda endokawitarna** | 30 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Monitorowanie domowe** | 30 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2017 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Tryb stymulacji VVI(R) |  |
| 2 | Objętość nie więcej niż 15 ml |  |
| 3 | Domowe monitorowanie pracy stymulatora – bez udziału pacjenta w interrogacji. |  |
| 4 | Program nocny lub spoczynkowy |  |
| 5 | Amplituda impulsu min. zakres 1,0 – 5,0 V |  |
| 6 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 7 | Czułość komorowa - min. zakres 1 – 5 mV |  |
| 8 | Rejestrowanie trendów oporności elektrody, amplitudy potencjałów komorowych |  |
| 9 | Gniazdo stymulatora typu IS-1 dla elektrody |  |
| 10 | Automatyczny pomiar sygnału komorowego |  |
| 11 | Automatyczny pomiar progu stymulacji komorowej |  |
| 12 | Zapis IEGM w pamięci stymulatora |  |
| 13 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 14 | Elektroda przedsionkowa/komorowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, z łącznikiem elektrody z gniazdem stymulatora typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego, zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno) |  |
| 15 | Zamawiający wymaga podpisania umowy depozytu. |  |
| 16 | Zamawiający zastrzega możliwość zakupu stymulatora z i bez elektrod oraz z i bez monitorowania domowego. |  |
| 17 | Zamawiający wymaga dostarczenia papieru do programatora. |  |
| 18 | Zamawiający przewiduje możliwość dokonania ewentualnych zmian (w formie aneksu) oferowanego asortymentu **w przypadkach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie**, m. in. w przypadku wprowadzenia nowej technologii polegającej na zastąpieniu asortymentu objętego nn. umową produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych (nie powodującym zmiany ceny jednostkowej i wartości umowy). |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 2**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | **Stymulator DDDR MRI z elektrodami MRI oraz monitorowaniem domowym dla dzieci starszych** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Stymulator** | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda przedsionkowa** | 30 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Elektroda komorowa** | 30 |  |  |  |  |  |
| 4. | **Monitorowanie domowe** | 30 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2017 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Tryb stymulacji AAI(R), VVI(R), DDD(R), DDI(R) |  |
| 2 | Objętość nie więcej niż 15 ml. |  |
| 3 | Domowe monitorowanie pracy stymulatora – bez udziału pacjenta w interrogacji. |  |
| 4 | Program nocny lub spoczynkowy |  |
| 5 | Amplituda impulsu min. zakres 1,0 – 5,0 V |  |
| 6 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 7 | Czułość komorowa - min. zakres 0,5 - 5 mV |  |
| 8 | Czułość w kanale przedsionkowym dla wyczuwania bipolarnego min. zakres 0,5 – 3 mV |  |
| 9 | Opóźnienie przedsionkowo-komorowe min. zakres 100-300 ms |  |
| 10 | Algorytm do unikania stymulacji komorowej |  |
| 11 | Rejestrowanie trendów oporności elektrod, amplitudy potencjałów natywnych w obu kanałach |  |
| 12 | Gniazdo stymulatora typu IS-1 dla elektrody |  |
| 13 | Automatyczny pomiar sygnału komorowego / przedsionkowego |  |
| 14 | Zmiana trybu stymulacji w przypadku częstoskurczu nadkomorowego |  |
| 15 | Automatyczny pomiar progu stymulacji komorowej |  |
| 16 | Zapis IEGM w pamięci stymulatora |  |
| 17 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 18 | Elektroda przedsionkowa/komorowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, z łącznikiem elektrody z gniazdem stymulatora typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego, zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno). |  |
| 19 | Zamawiający wymaga podpisania umowy depozytu. |  |
| 20 | Zamawiający zastrzega możliwość zakupu stymulatora z i bez elektrod oraz z i bez monitorowania domowego |  |
| 21 | Zamawiający wymaga dostarczenia papieru do programatora. |  |
| 22 | Zamawiający przewiduje możliwość dokonania ewentualnych zmian (w formie aneksu) oferowanego asortymentu **w przypadkach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie**, m. in. w przypadku wprowadzenia nowej technologii polegającej na zastąpieniu asortymentu objętego nn. umową produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych (nie powodującym zmiany ceny jednostkowej i wartości umowy). |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 3**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | **Stymulator SSIR MRI z elektrodami MRI oraz monitorowaniem domowym dla dzieci młodszych** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Stymulator** | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda endokawitarna** | 30 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Monitorowanie domowe** | 30 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2017 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Tryb stymulacji VVI(R) |  |
| 2 | Objętość nie więcej niż 11 ml |  |
| 3 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 4 | Program nocny lub spoczynkowy |  |
| 5 | Amplituda impulsu min. zakres 1,0 – 5,0 V |  |
| 6 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 7 | Czułość komorowa - min. zakres 0,5 – 5 mV |  |
| 8 | Rejestrowanie trendów oporności elektrody, amplitudy potencjałów komorowych |  |
| 9 | Gniazdo stymulatora typu IS-1 dla elektrody |  |
| 10 | Automatyczny pomiar sygnału komorowego |  |
| 11 | Automatyczny pomiar progu stymulacji komorowej |  |
| 12 | Zapis IEGM w pamięci stymulatora |  |
| 13 | Elektroda przedsionkowa/komorowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, z łącznikiem elektrody z gniazdem stymulatora typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego, zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno) |  |
| 14 | Domowe monitorowanie pracy stymulatora – bez udziału pacjenta w interrogacji. |  |
| 15 | Kontrola urządzenia telemetrycznie – użycie głowicy programatora wyłącznie do interrogacji |  |
| 16 | Zamawiający zastrzega możliwość zakupu stymulatora z i bez elektrod oraz z i bez monitorowania domowego |  |
| 17 | Zamawiający wymaga podpisania umowy depozytu. |  |
| 18 | Zamawiający wymaga dostarczenia papieru do programatora. |  |
| 19 | Zamawiający przewiduje możliwość dokonania ewentualnych zmian (w formie aneksu) oferowanego asortymentu **w przypadkach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie**, m. in. w przypadku wprowadzenia nowej technologii polegającej na zastąpieniu asortymentu objętego nn. umową produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych (nie powodującym zmiany ceny jednostkowej i wartości umowy). |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 4**

**WADIUM: 6 500,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | | ASORTYMENT | | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | | **Stymulator DDDR MRI z elektrodami MRI oraz monitorowaniem domowym dla dzieci młodszych** | |  |  |  |  |  | |  |
| 1. | | **Stymulator** | | 30 |  |  |  |  | |  |
| 2. | | **Elektroda przedsionkowa** | | 30 |  |  |  |  | |  |
| 3. | | **Elektroda komorowa** | | 30 |  |  |  |  | |  |
| 4. | | **Monitorowanie domowe** | | 30 |  |  |  |  | |  |
|  | | rok produkcji | | | | | | nie wcześniej niż 2017 | | |
| Lp | | **Parametry graniczne** | | | | | | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE | | |
| 1 | | Tryb stymulacji AAI(R), VVI(R), DDD(R), DDI(R) | | | | | |  | | |
| 2 | | Objętość nie więcej niż 11 ml | | | | | |  | | |
| 3 | | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała | | | | | |  | | |
| 4 | | Program nocny lub spoczynkowy | | | | | |  | | |
| 5 | | Amplituda impulsu min. zakres 1,0 – 5,0 V | | | | | |  | | |
| 6 | | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms | | | | | |  | | |
| 7 | | Czułość komorowa - min. zakres 0,5 - 5 mV | | | | | |  | | |
| 8 | | Czułość w kanale przedsionkowym dla wyczuwania bipolarnego min. zakres 0,3 – 3 mV | | | | | |  | | |
| 9 | | Opóźnienie przedsionkowo-komorowe min. zakres 80-300 ms | | | | | |  | | |
| 10 | | Algorytm do unikania stymulacji komorowej | | | | | |  | | |
| 11 | | Rejestrowanie trendów oporności elektrod, amplitudy potencjałów w obu kanałach | | | | | |  | | |
| 12 | | Gniazdo stymulatora typu IS-1 dla elektrody | | | | | |  | | |
| 13 | | Automatyczny pomiar sygnału komorowego / przedsionkowego | | | | | |  | | |
| 14 | | Automatyczny pomiar progu stymulacji komorowej | | | | | |  | | |
| 15 | | Zapis IEGM w pamięci stymulatora | | | | | |  | | |
| 16 | | Elektroda przedsionkowa/komorowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, z łącznikiem elektrody z gniazdem stymulatora typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego, zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno) | | | | | |  | | |
| 17 | | Domowe monitorowanie pracy stymulatora – bez udziału pacjenta w interrogacji. | | | | | |  | | |
| 18 | | Kontrola urządzenia telemetrycznie – użycie głowicy programatora wyłącznie do interrogacji | | | | | |  | | |
| 19 | | Zamawiający zastrzega możliwość zakupu stymulatora z i bez elektrod oraz z i bez monitorowania domowego | | | | | |  | | |
| 20 | | Zamawiający wymaga podpisania umowy depozytu | | | | | |  | | |
| 21 | | Zamawiający wymaga dostarczenia papieru do programatora. | | | | | |  | | |
| 22 | | Zamawiający przewiduje możliwość dokonania ewentualnych zmian (w formie aneksu) oferowanego asortymentu **w przypadkach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie**, m. in. w przypadku wprowadzenia nowej technologii polegającej na zastąpieniu asortymentu objętego nn. umową produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych (nie powodującym zmiany ceny jednostkowej i wartości umowy). | | | | | |  | | |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 5**

**WADIUM: 3 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | | ASORTYMENT | | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | | **Stymulator DDDR MRI z elektrodami MRI dla niemowląt** | |  |  |  |  |  | |  |
| 1. | | **Stymulator** | | 20 |  |  |  |  | |  |
| 2. | | **Elektroda przedsionkowa** | | 20 |  |  |  |  | |  |
| 3. | | **Elektroda komorowa** | | 20 |  |  |  |  | |  |
|  | | rok produkcji | | | | | | nie wcześniej niż 2017 | | |
| Lp | | **Parametry graniczne** | | | | | | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE | | |
| 1 | | Tryb stymulacji AAI(R), VVI(R), DDD(R), DDI(R) | | | | | |  | | |
| 2 | | Objętość nie więcej niż 8,5 ml | | | | | |  | | |
| 3 | | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała | | | | | |  | | |
| 4 | | Gniazdo stymulatora typu IS-1 dla elektrody | | | | | |  | | |
| 5 | | Amplituda impulsu min. zakres 2 – 5,0 V | | | | | |  | | |
| 6 | | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms | | | | | |  | | |
| 7 | | Czułość komorowa - min. zakres 1 - 5 mV | | | | | |  | | |
| 8 | | Czułość w kanale przedsionkowym dla wyczuwania bipolarnego min. zakres 1 – 2 mV | | | | | |  | | |
| 9 | | Opóźnienie przedsionkowo-komorowe min. zakres 100-250 ms | | | | | |  | | |
| 10 | | Algorytm do unikania stymulacji komorowej | | | | | |  | | |
| 11 | | Rejestrowanie trendów oporności elektrod, amplitudy potencjałów natywnych w obu kanałach | | | | | |  | | |
| 12 | | Elektroda przedsionkowa/komorowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, z łącznikiem elektrody z gniazdem stymulatora typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego, zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno) | | | | | |  | | |
| 13 | | Zamawiający wymaga podpisania umowy depozytu. | | | | | |  | | |
| 14 | | Zamawiający zastrzega możliwość zakupu stymulatora z i bez elektrod | | | | | |  | | |
| 15 | | Zamawiający wymaga dostarczenia papieru do programatora. | | | | | |  | | |
| 16 | | Zamawiający przewiduje możliwość dokonania ewentualnych zmian (w formie aneksu) oferowanego asortymentu **w przypadkach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie**, m. in. w przypadku wprowadzenia nowej technologii polegającej na zastąpieniu asortymentu objętego nn. umową produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych (nie powodującym zmiany ceny jednostkowej i wartości umowy). | | | | | |  | | |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 6**

**WADIUM: 3 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | **Stymulator SSIR MRI z elektrodami MRI dla niemowląt** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Stymulator** | 20 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda endokawitarna** | 20 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2017 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Tryb stymulacji VVI(R) |  |
| 2 | Objętość nie więcej niż 8 ml |  |
| 3 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 4 | Program nocny lub spoczynkowy |  |
| 5 | Amplituda impulsu min. zakres 2– 5,0 V |  |
| 6 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 7 | Czułość komorowa - min. zakres 1 – 5 mV |  |
| 8 | Gniazdo stymulatora typu IS-1 dla elektrody |  |
| 9 | Elektroda przedsionkowa/komorowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, z łącznikiem elektrody z gniazdem stymulatora typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego) |  |
| 10 | Zamawiający wymaga podpisania umowy depozytu. |  |
| 11 | Zamawiający zastrzega możliwość zakupu stymulatora bez elektrod.  Zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno. |  |
| 12 | Zamawiający wymaga dostarczenia papieru do programatora. |  |
| 13 | Zamawiający przewiduje możliwość dokonania ewentualnych zmian (w formie aneksu) oferowanego asortymentu **w przypadkach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie**, m. in. w przypadku wprowadzenia nowej technologii polegającej na zastąpieniu asortymentu objętego nn. umową produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych (nie powodującym zmiany ceny jednostkowej i wartości umowy). |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 7**

**WADIUM: 2 500,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | **WARTOŚĆ**  **BRUTTO**  **ZAMÓWIENIA** | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | **Stymulator SSIR dla noworodków** | 20 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2015 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Tryb stymulacji VVI(R) |  |
| 2 | Objętość nie więcej niż 6 ml |  |
| 3 | Gniazdo stymulatora typu IS-1 dla elektrody |  |
| 4 | Czułość komorowa - min. zakres 1 – 3 mV |  |
| 5 | Amplituda impulsu min. zakres 1 – 3 V |  |
| 6 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 7 | Zamawiający wymaga podpisania umowy depozytu. |  |
| 8 | Zamawiający przewiduje możliwość dokonania ewentualnych zmian (w formie aneksu) oferowanego asortymentu **w przypadkach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie**, m. in. w przypadku wprowadzenia nowej technologii polegającej na zastąpieniu asortymentu objętego nn. umową produktem równoważnym lub o wyższych parametrach jakościowych (nie powodującym zmiany ceny jednostkowej i wartości umowy). |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 8**

**WADIUM: 5 500,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | **Kardiowerter-defibrylator jednojamowy MRI z elektrodą defibrylacyjną MRI oraz z monitorowaniem domowym dla dzieci młodszych** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Kardiowerter** | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda defibylacyjna** | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Monitorowanie domowe** | 10 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 2 | Grubość kardiowertera-defibrylatora < 10 mm |  |
| 3 | Objętość kardiowertera-defibrylatora < 32 cm ³ |  |
| 4 | Waga < 75 g |  |
| 5 | Elektrody do defibrylacji MRI sterydowe, aktywne, jednocoilowe, z łączem DF-4 |  |
| 6 | Amplituda impulsu min. zakres 0,5 – 5,0 V |  |
| 7 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 8 | Czułość komorowa - co najmniej w zakresie 0,2 – 1,2 mV |  |
| 9 | Rejestrowanie trendów oporności elektrody |  |
| 10 | ATP w strefie VF |  |
| 11 | Terapia antyarytmiczna - min. 3 typy |  |
| 12 | Rozpoznawanie arytmii - min. 3 strefy |  |
| 13 | Energia defibrylacji dostarczona min. 35 J |  |
| 14 | Ładowanie kondensatorów < 10 sek. do max. energii |  |
| 15 | Ilość wyładowań w jednej interwencji minimum 6 |  |
| 16 | Algorytmy różnicujące częstoskurcze komorowe od nadkomorowych, min. 3 rodzaje: morfologia, onset, stability |  |
| 17 | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem. Możliwość zdalnej kontroli urządzenia po interrogacji z programatorem za pomocą głowicy |  |
| 18 | Domowe monitorowanie pracy ICD (zamawiający zastrzega możliwość zakupu ICD bez monitorowania domowego) |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 9**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | **Kardiowerter-defibrylator dwujamowy MRI z kompletem elektrod MRI oraz z monitorowaniem domowym dla dzieci młodszych** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Kardiowerter** | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda defibylacyjna** | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Elektroda przedsionkowa** | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | **Monitorowanie domowe** | 10 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Żywotność urządzenia przy 15% pacing, 6 lub więcej ładowań do max energii w roku, imp. el. 500 Ohm, ampl. 2,5V - min. 7 lat |  |
| 2 | Grubość kardiowertera-defibrylatora < 10 mm |  |
| 3 | Objętość kardiowertera-defibrylatora < 32 cm ³ |  |
| 4 | Waga <75 g |  |
| 5 | Elektrody do defibrylacji sterydowe, aktywne, jednocoilowe, bipolarne, z łączem DF-4 z możliwością wykonania badania MRI całego ciała. |  |
| 6 | Elektroda przedsionkowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, z łącznikiem elektrody z gniazdem stymulatora typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego, zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno) |  |
| 7 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 8 | Amplituda impulsu min. zakres 0,5 – 5,0 V |  |
| 9 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 10 | Czułość komorowa - co najmniej w zakresie 0,2 – 1,2 mV |  |
| 11 | Czułość przedsionkowa - co najmniej w zakresie 0,2 – 1,2 mV |  |
| 12 | Rejestrowanie trendów oporności elektrody |  |
| 13 | Algorytm minimalizujący stymulację RV |  |
| 14 | Terapia antyarytmiczna - min. 3 typy |  |
| 15 | Rozpoznawanie arytmii - min. 3 strefy |  |
| 16 | Energia defibrylacji dostarczona min. 35 J |  |
| 17 | Ładowanie kondensatorów <10 sek. do max. energii |  |
| 18 | Ilość wyładowań w jednej interwencji minimum 6 |  |
| 19 | ATP w strefie VF przed wyładowaniem |  |
| 20 | Algorytmy różnicujące częstoskurcze komorowe od nadkomorowych, min. 3 rodzaje: morfologia, onset, stability |  |
| 21 | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem. Możliwość zdalnej kontroli urządzenia po interrogacji z programatorem za pomocą głowicy |  |
| 22 | Możliwość domowego monitorowania pracy ICD (zamawiający zastrzega możliwość zakupu ICD bez monitorowania domowego) |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 10**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | **Kardiowerter-defibrylator jednojamowy MRI z elektrodą defibrylacyjną MRI oraz z monitorowaniem domowym dla dzieci starszych** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Kardiowerter** | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda defibylacyjna** | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Monitorowanie domowe** | 10 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Żywotność urządzenia przy 15% pacing, 3 ładowania do max energii w roku, EGM ON, imp. el. 500 Ohm, ampl. 2,5V - min. 7 lat |  |
| 2 | Grubość kardiowertera-defibrylatora < 16 mm |  |
| 3 | Objętość kardiowertera-defibrylatora < 40 cm ³ |  |
| 4 | Waga < 85 g |  |
| 5 | Elektrody do defibrylacji sterydowe, aktywne, jednocoilowe, z łączem DF-4 z możliwością wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 6 | Funkcja dyskryminacji załamka T, pozwalająca na unikanie epizodów podwójnego zliczania |  |
| 7 | Amplituda impulsu min. zakres 0,5 – 5,0 V |  |
| 8 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 9 | Czułość komorowa - co najmniej w zakresie 0,2 – 1,2 mV |  |
| 10 | Rejestrowanie trendów oporności elektrody |  |
| 11 | Terapia antyarytmiczna - min. 3 typy |  |
| 12 | Rozpoznawanie arytmii - min. 3 strefy |  |
| 13 | Energia defibrylacji dostarczona min. 35 [J] |  |
| 14 | Ładowanie kondensatorów < 12 s do max. energii |  |
| 15 | Ilość wyładowań w jednej interwencji minimum 6 |  |
| 16 | ATP w strefie VF |  |
| 17 | Algorytmy różnicujące częstoskurcze komorowe od nadkomorowych, min. 3 rodzaje: morfologia, onset, stability |  |
| 18 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 19 | Możliwość domowego monitorowania pracy ICD (zamawiający zastrzega możliwość zakupu ICD bez monitorowania domowego). |  |
| 20 | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem. Możliwość zdalnej kontroli urządzenia po interrogacji z programatorem za pomocą głowicy |  |
| 21 | Automatyczny pomiar progu komorowego z automatycznym dopasowaniem napięcia stymulacji do zmierzonego progu |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 11**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | ASORTYMENT | ILOŚĆ  op. | CENA  NETTO  op. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
|  | **Kardiowerter-defibrylator dwujamowy MRI z elektrodą defibrylacyjną MRI oraz elektrodą przedsionkową MRI oraz z monitorowaniem domowym dla dzieci starszych** |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Kardiowerter** | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektroda defibylacyjna** | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | **Elektroda przedsionkowa** | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | **Monitorowanie domowe** | 10 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok produkcji | nie wcześniej niż 2016 |
| Lp | **Parametry graniczne** | Spełnienie parametrów  (wypełnia Wykonawca):  TAK / NIE |
| 1 | Żywotność urządzenia przy 15% pacing, 3 ładowania do max energii w roku, EGM ON, 500Ohm, 2,5V min. 7 lat |  |
| 2 | Grubość kardiowertera-defibrylatora < 16 mm |  |
| 3 | Objętość kardiowertera-defibrylatora < 42 cm ³ |  |
| 4 | Waga < 85 g |  |
| 5 | Elektrody do defibrylacji sterydowe, aktywne, jednocoilowe, bipolarne, z łączem DF-4 – do wyboru, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 6 | Elektroda przedsionkowa, sterydowa, z możliwością wykonania badania MRI całego ciała, złącze typu IS-1, aktywna (do wyboru przez zamawiającego, zamawiający zastrzega możliwość zakupu elektrod osobno) |  |
| 7 | Funkcja dyskryminacji załamka T, pozwalająca na unikanie epizodów podwójnego zliczania |  |
| 8 | Amplituda impulsu min. zakres 0,5 – 5,0 V |  |
| 9 | Szerokość impulsu, min. zakres 0,5 – 1,0 ms |  |
| 10 | Czułość komorowa - co najmniej w zakresie 0,2 – 1,2 mV |  |
| 11 | Czułość przedsionkowa - co najmniej w zakresie 0,2 – 1,2 mV |  |
| 12 | Rejestrowanie trendów oporności elektrody |  |
| 13 | Terapia antyarytmiczna - min. 3 typy |  |
| 14 | Rozpoznawanie arytmii - min. 3 strefy |  |
| 15 | Energia defibrylacji dostarczona min. 35 [J] |  |
| 16 | Ładowanie kondensatorów < 12 s do max. energii |  |
| 17 | Ilość wyładowań w jednej interwencji minimum 6 |  |
| 18 | ATP w strefie VF |  |
| 19 | Algorytmy różnicujące częstoskurcze komorowe od nadkomorowych, min. 3 rodzaje: morfologia, onset, stability |  |
| 20 | Możliwość wykonania badania MRI całego ciała |  |
| 21 | Możliwość domowego monitorowania pracy ICD (zamawiający zastrzega możliwość zakupu ICD bez monitorowania domowego) |  |
| 22 | Bezprzewodowa komunikacja ICD z programatorem. Możliwość zdalnej kontroli urządzenia po interrogacji z programatorem za pomocą głowicy |  |
| 23 | Algorytm minimalizujący stymulację RV |  |
| 24 | Automatyczny pomiar progu w A i V automatycznie dopasowujący napięcie stymulacji do wartości zmierzonego progu |  |

Sprzęt medyczny będący przedmiotem zamówienia będzie przechowywany (nieodpłatnie) w ramach depozytu-magazynu, w siedzibie Zamawiającego. Wykonawca przekaże, a Zamawiający przyjmie w nieodpłatne przechowanie sprzęt medyczny objęty umową. W przypadku wykorzystania wyrobów Zamawiający sporządzi zamówienie określające asortyment, ilość, serię i datę ważności wyrobów zużytych w zabiegu medycznym i prześle to zestawienie Wykonawcy. Wykonawca zobowiązuje się do wystawienia faktury obciążającej według przesłanego zestawienia oraz do uzupełnienia magazynu o wyroby wymienione w zamówieniu. Sprzęt medyczny pozostający w depozycie, dostarczany będzie do Apteki szpitalnej razem z dokumentem wydania magazynowego, na którym znajdować się będzie seria i data ważności. Ewentualna wymiana depozytu ze względu na krótki termin ważności leży po stronie Wykonawcy, który zobowiązany jest do bieżącego monitorowania terminów ważności przekazanego sprzętu medycznego. Wszelkie wymiany depozytu odbywać się będą (po odpowiednim udokumentowaniu magazynowania)za pośrednictwem Apteki szpitalnej.

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 12**

**WADIUM: 5 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Samorozprężalny stent o budowie otwartokomórkowej. Stosowany w leczeniu syndromu hipoplazji lewego serca. Średnice stentu w zakresie 7-9mm, długość 12-20mm. 4F system aplikacyjny umożliwia trzy opcje implantacji: przezżylną, przeztętniczą i przezpłucną. Stenty wytwarzane z jednego kawłka nitinolu bez żadnych połączeń lub spawów. Cieniodajne znaczniki, wzmocniona koszulka i atraumatyczna miękka końcówka ułatwiają prowadzenie i pozycjonowanie. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Stenty naczyniowe rozprężane balonowo - Stenty stalowe, wykonane w technologii "otwartych komórek", stent wprowadzany na prowadniku 0,035". Średnice stentu w zakresie: 4-10mm, długość: 12, 16, 20, 24, 30, 40 i 60mm. Ciśnienie nominalne cewnika balonowego 8 atm oraz RBP min 10 atm. Długość zestawu wprowadzającego 80 i 135 cm. Rozmiar koszulki wprowadzającej dla stentu o śr 4mm - 5F, dla stentu o średnicy 5-8mm 6F oraz dla stentu o śr. 9 i 10mm to 7F | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | Stenty naczyniowe rozprężane balonowo - Stenty stalowe, wykonane w technologii "otwartych komórek", stent wprowadzany na prowadniku 0,018". Średnice stentu w zakresie: 3-8mm, długość: 12, 16, 20, 24 i 30mm. Ciśnienie nominalne cewnika balonowego 8 atm oraz RBP 12 atm. Długość zestawu wprowadzającego 80 i 135 cm. Rozmiar koszulki wprowadzającej dla stentu o śr 3-6mm to 5F, dla stentu o średnicy 7-8mm 6F | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | Stenty naczyniowe rozprężane balonowo **-**  Stenty stalowe, wykonane w technologii "otwartych komórek", stent wprowadzany na prowadniku 0,014". Średnice stentu w zakresie: 4-7mm, długość: 12, 16, 20 i 24mm. Ciśnienie nominalne cewnika balonowego 8 atm oraz RBP 12 atm. Długość zestawu wprowadzającego 80 i 135 cm. Rozmiar koszulki wprowadzającej dla stentu o śr 4-7mm to 5F. | 10 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 13**

**WADIUM: 13 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Koszulki diagnostyczne wprowadzające akceptujące prowadnik do 0,038" dł. 13 cm 4-9 F z prowadnikiem | 1500 |  |  |  |  |  |
| 2. | Koszulki diagnostyczne wprowadzające akceptujące prowadnik do 0,038”; 10, 12 i 14 F | 100 |  |  |  |  |  |
| 3. | Koszulki interwencyjne zbrojone 4-9 F do 45 cm | 30 |  |  |  |  |  |
| 4. | Koszulki diagnostyczne wprowadzające typu Van Andel, akceptujące prowadniki do 0,018” dł. 13 i 23 cm 4-6 F z prowadnikiem nitiolowym i igła w zestawie | 1500 |  |  |  |  |  |
| 5. | Koszulki interwencyjne Mullins z końcówką Radiopaque 6-14 F, dł. 63 - 85 cm | 45 |  |  |  |  |  |
| 6. | Cewnik diagnostyczny typu PIGTAIL ze znacznikiem pomiarowym tj podziałką centymetrową, średnica 4-5F, 8 otworów bocznych, zbrojony na całej długości | 30 |  |  |  |  |  |
| 7. | Cewniki diagnostyczne 5-6 F, długości 65-110 cm, duża różnorodność kształtów –dostawca powinien posiadać cewniki: MPA, PIG; NIH; JR; C 1,2,3; H1 | 800 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 14**

**WADIUM: 7 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Coile Mreye do zamykania PDA | 100 |  |  |  |  |  |
| 2. | System dostarczania coili PDA długości 80 i 110 cm | 60 |  |  |  |  |  |
| 3. | Cewniki do coili PDA z końcówką MPA | 130 |  |  |  |  |  |
| 4. | Coile obwodowe typu Jacson dostarczane na systemie dostawczym | 130 |  |  |  |  |  |
| 5. | System dostarczania coili typu Jacson długości 110 cm | 30 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 15**

**WADIUM: 35 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Stenty platynowe typu CP do implantacji do aorty u dzieci, w rozmiarach zamawianych indywidualnie dla pacjenta | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | Cewnik angiograficzny typu Multi- Track | 30 |  |  |  |  |  |
| 3. | Stenty platynowe do implantacji do aorty pokryte PTFE | 15 |  |  |  |  |  |
| 4. | Stenty platynowe typu CP montowane na balonie BIB | 6 |  |  |  |  |  |
| 5. | Balon niskoprofilowy, średnica wypełnionego balonu 4-30 mm, długość 20-60 mm, markery radiologiczne, miękka końcówka cewnika, akceptujące prowadnik 0,035”, ciśnienie wypełnienia balonu 2-6 atmosfer | 300 |  |  |  |  |  |
| 6. | Stent aortalny. Kobaltowo-chromowy stent pokryty, dedykowany do leczenia koarktacji aorty. Średnice stentu w zakresie 12 - 24mm. Długości stentu w zakresie 19 - 59mm | 30 |  |  |  |  |  |
| 7. | Cewniki balonowe typu BIB, balon w balonie, do rozprężania stentów implantowanych do aorty | 30 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 16**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Cewniki balonowe niskociśnieniowe do zabiegu Rashkinda, z otworem końcowym typu Z-5 | 20 |  |  |  |  |  |
| 2. | Niskoprofilowy poszerzający cewnik balonowy do przezskórnej angioplastyki śródnaczyniowej (PTA) | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Stenty wewnątrznaczyniowe samorozprężalne typu Zilver 635 | 12 |  |  |  |  |  |
| 4. | Cewnik balonowy wysokociśnieniowy do angioplastyki i redilatacji stentów | 15 |  |  |  |  |  |
| 5. | Cewnik niskoprofilowy do walwuloplastyki. Zwężenie balonu służące odpowiedniemu umieszczeniu balonu w zastawce. Dostępne średnice w zakresie 4mm - 25mm | 30 |  |  |  |  |  |
| 6. | Cewniki micro 3 F, długości 100-130 cm | 15 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 17**

**WADIUM: 6 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Prowadniki diagnostyczne pokryte teflonem, proste i typu „J”, 0,018” do 0,035”, długości do 180 cm | 1500 |  |  |  |  |  |
| 2. | Prowadniki diagnostyczne pokryte teflonem, proste i typu „J”, 0,018” do 0,035”, długości 260 cm | 300 |  |  |  |  |  |
| 3. | Prowadniki interwencyjne typu Amplatz ultra i extra sztywne | 80 |  |  |  |  |  |
| 4. | Prowadniki interwencyjne nitinolowe super soft, 0,014” i 0,018”, długości 180 i 300 cm | 150 |  |  |  |  |  |
| 5. | Igły biopsyjne, 16-20 G (długość skoku 10mm) oraz 14-20 G (długość skoku 20mm) | 50 |  |  |  |  |  |
| 6. | Strzykawki z manometrem do plastyki balonowej | 50 |  |  |  |  |  |
| 7. | Kraniki trójdrożne wysokociśnieniowe | 200 |  |  |  |  |  |
| 8. | Łączniki wysokociśnieniowe do strzykawki automatycznej | 200 |  |  |  |  |  |
| 9. | Adapter - wielokalibrowy rozgałęziony łącznik | 30 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 18**

**WADIUM: 9 500,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Okluder do zamykania ASD. Możliwość zamknięcia ubytków przednio-górnych bez rąbka aortalnego.  Zestaw zawierający okluder, system uwalniający do zamykania ASD t II, prowadnik o śr 0,035“ o zwiększonej sztywności, cewnik balonowy do pomiaru wielkości ubytku.  Zakres średnic części środkowej okludera 8-24mm  Możliwości wprowadzenia implantu przez koszulki dostarczające o następującej wielkości (dla implantów o średnicy w części środkowej)  8mm – koszulka 7F  10-12mm – koszulka 8F  14-16mm – koszulka 10F  18-22mm – koszulka 12F  24mm – koszulka 13F | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw do zamykania ubytków w przegrodzie międzykomorowej zbudowany z nitinolowej podwójnej spirali. Zestaw zamontowany na systemie wprowadzającym. Średnica spirali dystalnej od 8 do 16mm. W zestawie prowadnik naczyniowy, pętla oraz koszulka. | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pętla typu lasso do usuwania ciał obcych. Średnica introducera w zakresie 4-6F, wielkość pętli w zakresie 5mm- 30mm | 15 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*

# **dot.: PN 23/17**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 19**

**WADIUM: 4 000,00 PLN**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

*...................................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | ASORTYMENT | ILOŚĆ  SZTUK | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | WARTOŚĆ  BRUTTO  ZAMÓWIENIA | PRODUCENT  KOD PRODUKTU |
| 1. | Zestaw specjalnie zaprojektowany do użycia pediatrycznego składający się z cewnika angiograficznego, koszulki wprowadzającej i prowadnika  1) Cewnik nylonowy z powłoką hydrofilną i miękką końcówką, zbrojony potrójnym oplotem wewnętrznym zapewniającym dobrą kontrolę momentu obrotu oraz zachowanie kształtu. Śr. 3,3F dł. 60 lub 80cm. Kompatybilny z prowadnikiem 0.030"". Ukształtowanie końcówki: PIG, JR1, JL1, JL1.5, MPA, JB1, Cobra  2) Koszulka wprowadzające o śr. 3.3F, dł. 5 lub 7cm. z boczną zastawką z trójdrożnym kranikiem oraz poszerzadłem z mocowaniem typu Twisk-lock. Powleczona silikonem zastawka oraz stopniowo zwężana końcówka ułatwia bezpieczne wkłucie. 3) prowadnik o śr. 0.030"" dł. 140 cm, wykonany ze stali nierdzewnej pokrywanej PTFE, końcówka 2cm zwężana, prosta lub typu "J"." | 80 |  |  |  |  |  |
| 2. | Cewnik nylonowy typu **pigtail** z powłoką hydrofilną i miękką końcówką, zbrojony potrójnym wewnętrznym oplotem zapewniającym dobrą kontrolę momentu obrotu oraz zachowanie kształtu. Śr. **4F** dł. 40, 60 lub 80cm. Kompatybilny z prowadnikiem 0.035". Ukształtowanie końcówki: PIG | 80 |  |  |  |  |  |
| 3. | Cewnik nylonowy z powłoką hydrofilną i miękką końcówką, zbrojony potrójnym oplotem wewnętrznym zapewniającym dobrą kontrolę momentu obrotu oraz zachowanie kształtu. Śr. **4F** dł. 60 lub 80cm. Kompatybilny z prowadnikiem 0.038". Ukształtowanie końcówki: JR1, JL1, JL1.5, MPA, JB1, Cobra | 80 |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA: ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA: ........................................**

*…......................................................................................*

*Data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do*

*reprezentowania Wykonawcy*