

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 1 – Cewniki diagnostyczne radiologiczne z pokryciem hydrofilnym

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewniki diagnostyczne radiologiczne z pokryciem hydrofilnym	szt.	15					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewników diagnostycznych radiologicznych z pokryciem hydrofilnym:

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewników diagnostycznych radiologicznych z pokryciem hydrofilnym	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Szeroka gama krzywizn: Bentson (1; 2); Berenstein; Cobra (1; 2); Headhunter 1; KA 2; Mani; Multipurpose; RBI; Simmons (1; 2); Straight Selective; Vertebral	
2.	Pokrycie hydrofilne LEGATO™ odporne na ścieranie	
3.	Dostępne rozmiary: 4F i 5F	
4.	Materiał szafu zapewnia doskonałą elastyczność i eliminuje ryzyko złamań zachowując jednocześnie atraumatyczność końcówki	
5.	Karbowane przejście pomiędzy hubem, a szafem ułatwia posługiwanie się cewnikiem w mokrych rękawiczkach	
6.	Doskonale widoczne w skopii – posiadają końcówkę cieniującą	
7.	Cewniki zbrojone stalowym oplotem	
8.	Doskonała popychalność, przeniesienie obrotu oraz manewrowalność	
9.	Duże światło wewnętrzne gwarantujące wysoki przepływ	
10.	Kompatybilne z przewodnikiem 0,035" - 0,038"	
11.	Długości cewników 40 cm – 125 cm	
12.	Taperowana końcówka ułatwiająca wejście do ostium	
13.	Doskonała pamięć kształtu	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 2 – Prowadniki zabiegowe I

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadniki zabiegowe	szt.	20					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadników zabiegowych:

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadników zabiegowych	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Średnica zewnętrzna 0,014", 0,018"	
2.	Sztywność końcówki 1,0g, 4,0g, 12g, 20g, 30g	
3.	Końcówka cieniująca 3cm, 15 cm, 17 cm	
4.	Długość całkowita prowadnika 180cm, 190cm, 300cm	
5.	Dostępny prowadnik, którego dystalna część pokryta jest płaszczem polimerowym na długości 22 cm	
6.	Dostępny prowadnik o średnicy końcówki 0,008" i 0,013"	
7.	Pokrycie hydrofilne SLIPCOAT na oplocie	
8.	Pokrycie PTFE na szafcie	
9.	Rdzeń wykonany z jednego kawałka drutu stalowego	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejscowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 3 – Zestaw do trombolizy celowanej z systemem pistoletowym

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Zestaw do trombolizy celowanej z systemem pistoletowym	szt.	5					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla zestawu do trombolizy celowanej z systemem pistoletowym

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla zestawu do trombolizy celowanej z systemem pistoletowym	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Zawiera cewnik typu Fountain, przewód zamykający, Y-konektor, strzykawkę pistoletową, 20 ml strzykawkę na środek terapeutyczny, kapturek zabezpieczający przewód (systemy 5F)	
2.	Dostępne średnice: 4F i 5F	
3.	Dostępne długości systemów: 45 cm, 90 cm, 135 cm	
4.	Długość segmentu infuzyjnego: - dla systemu 45 cm: 10 cm i 20 cm - dla systemu 90 cm i 135 cm: 5 cm, 10 cm, 20 cm, 30 cm, 40 cm, 50 cm	
5.	Kompatybilny z przewodem 0,035"	
6.	Przewód okluzyjny zapewniający szczelne zamknięcie otworu centralnego cewnika z zabezpieczeniem przed jego przemieszczaniem się oraz uszkodzeniem proksymalnej końcówki	
7.	Otwory wykonane spiralnie wokół osi cewnika zapewniające jednolite podawanie środka terapeutycznego do całego światła zmiany	
8.	Otwory podzielone na sekwencje o narastającej średnicy, co zapewnia jednolite ciśnienie infuzji na całej długości segmentu infuzyjnego cewnika	
9.	Pistoletowy system podawania umożliwiający zarówno pulsacyjne jak i jednostajne podawanie środka terapeutycznego z regulowaną objętością w zakresie od 0,0 ml do 1,0 ml	
10.	System infuzji oparty na dwóch strzykawkach połączonych zaworem z blokadą umożliwiającą zarówno pulsacyjne jak i jednostajne podawanie środka terapeutycznego	
11.	Laserowa technologia wykonywania otworów zmniejszająca ryzyko ich zatykania się w trakcie infuzji	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 4 – System do usuwania ciał obcych z naczyń krwionośnych

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	System do usuwania ciał obcych z naczyń krwionośnych	szt.	5					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla systemu do usuwania ciał obcych z naczyń krwionośnych

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla systemu do usuwania ciał obcych z naczyń krwionośnych	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Zawiera: pętlę, torquer, introduktor i cewnik	
2.	Rozmiar 6F - 7F	
3.	Zakres pracy: 6 – 45 mm	
4.	Długość pętli 120 cm	
5.	Długość cewnika 100 cm	
6.	System składający się z trzech połączonych ze sobą pętli nitinolowych	
7.	System umożliwiający także repozycjonowanie cewników żylnych i oczyszczanie cewników żylnych z powłoki fibrynowej	
8.	Duża elastyczność, przeniesienie obrotu 1:1	
9.	Pętle z wtopionymi włóknami platynowymi zapewniającymi doskonałą widoczność w skopii	
10.	Cewnik wykonany z FEP (Teflonu) odporny na załamania i zagięcia z końcówką zagiętą o 15 stopni umożliwiającą sterowanie systemem	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 5 – Opatrunek wspomagający ucisk

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Opatrunek wspomagający ucisk	szt.	10					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla opatrunku wspomagającego ucisk

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla opatrunku wspomagające- go ucisk	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Opatrunek wspomagający ucisk przeznaczony do uzyskania hemostazy po zabiegu z dostępu udowego	
2.	System na bazie samoprzylepnego opatrunku	
3.	Ucisk generowany przez napełnienie zbiornika powietrzem	
4.	Pojemność zbiornika 7ml i 40ml	
5.	Dostępne dwie długości: 12cm i 24cm	
6.	Kompatybilny z dowolną strzykawką z nakręcanym luer-lokiem	
7.	Generowany nacisk: 2,87kg (rozmiar 12cm) i 9,31kg (rozmiar 24cm)	
8.	Przezroczysty zbiornik na powietrze umożliwiający obserwację miejsca nakłucia	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 6 – System do aterektomii i trombektomii

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Cewnik do aterektomii	szt.	10					
2	Prowadnik do cewników	szt.	10					
3	Dzierżawa systemu do aterektomii i trombektomii	mie siąc	6					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla systemu do aterektomii i trombektomii wraz z dzierżawą aparatu

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla systemu do aterektomii i trombektomii wraz z dzierżawą aparatu	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewnika do aterektomii		
1.	Zestaw, w którego skład wchodzi: cewnik, jednostka sterująca cewnika, wkład do pomp, dren z kolcem, woreczek zbiorczy	
2.	Cewnik umożliwiający wykonanie aterektomii i aktywnej trombektomii mechanicznej przy pomocy soli fizjologicznej	
3.	Głowica robocza cewnika wyposażona w rozkładane skrzydełka powiększające średnicę roboczą cewnika w razie konieczności	
4.	Długość robocza cewnika 135 cm oraz 145 cm	
5.	Cewnik over the wire - OTW	
6.	Kompatybilny z prowadnikiem 0,014"	
7.	Kompatybilny z koszulką 7F	
8.	Profil cewnika 2,33 mm oraz 2,5mm	
9.	Dostępne średnice głowicy roboczej: 2,4/3,4 mm; 2,1/3,0 mm; 1,85 mm 1,6 mm;	
10.	Minimalna średnica naczynia wymagana do przeprowadzenia zabiegu 2,5 mm	
Wymagane parametry dla prowadnika do cewników		
1.	Średnica 0,014"	
2.	Prowadnik wykonany ze stali nierdzewnej 316L	
3.	Rdzeń wykonany z jednego kawałka drutu	
4.	Sztynność końcówki 0,7g	
5.	Końcówka cieniująca 4cm (platyna)	
6.	Część dystalna pokryta silikonem	
7.	Pokrycie PTFE	
8.	Kształt końcówki: prosta i J	
9.	Dostępne długości: 180cm i 300cm	
10.	Prowadnik przeznaczony do zabiegów, w których wymagane jest doskonałe podparcie	
Wymagane parametry dla systemu do aterektomii i trombektomii		
1.	Możliwość dzierżawy systemu na okres wymagany przez Zamawiającego	
2.	Jednostka sterująca pracą cewników do aterektomii typu JetStream	
3.	System oparty na układzie dwóch pomp perystaltycznych: wysokiego i niskiego ciśnienia	
4.	System umożliwiający jednoczesne wykonywanie aterektomii i trombektomii mechanicznej	

5.	Konsola posiadająca wskaźnik obrotów cewnika	
6.	Automatyczny system odpowietrzania cewników	
7.	Wyświetlacz sygnalizujący błędy systemu i nieprawidłowe działanie elementów systemu	
8.	Dźwiękowa sygnalizacja błędów	
9.	Konsola przenośna, instalowana na standardowym wieszaku do kroplówek	
10.	Konsola wyposażona w czujnik zabezpieczający przed podaniem powietrza do cewnika	
11.	Szkolenie operatorów w stosowaniu oferowanego systemu	
12.	Gwarancja i serwis po stronie Wykonawcy	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment (opisany w poz. 1 i 2) w pełnej rozmiarówce (rozmiary zostaną ustalone po zawarciu umowy)
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
 uprawnionych do składania oświadczeń woli
 w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 7 – Cewniki diagnostyczne

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewniki diagnostyczne	szt.	100					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewników diagnostycznych

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewników diagnostycznych	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Cewnik o średnicy 4/5F i świetle 0,035"/0,038"	
2.	Cewnik zbrojony drutem stalowym w części proksymalnej	
3.	Cewnik zbrojony wolframem w części dystalnej dla lepszej wizualizacji końcówki	
4.	Długości cewników 65 - 100cm	
5.	Przepływ od 6ml/sec do 32ml/sec	
6.	Wiele rodzajów krzywizn końcówki	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 8 – Prowadnik specjalistyczny 0,018”

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik specjalistyczny 0,018”	szt.	50					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika specjalistycznego 0,018”

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika specjalistycznego 0,018”	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Prowadnik pokrywany hydrofilnie – warstwa buforowa	
2.	Średnica 0,018”	
	Długości 110/150/200/300cm	
3.	Kształtowany koniec o długości 2cm	
4.	Dystalna część miękka na długości 8 oraz 12cm	
5.	Rdzeń ze stali z domieszką tytanu	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 9 – Prowadnik specjalistyczny 0,014”

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik specjalistyczny 0,014”	szt.	25					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika specjalistycznego 0,014”

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika specjalistycznego 0,014”	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Prowadnik pokrywany hydrofilnie na długości 10 lub 38 cm dystalnie	
2.	Powłoka polimerowa z domieszką wolframu (w części dystalnej na długości 2 cm 90% wagi, w części proksymalnej 55% wagi)	
3.	Średnica 0,014” (0,37mm)	
4.	Długości 182 i 300cm	
5.	Kształtowalna końcówka: prosta i zagięta	
6.	Dystalna część miękka na długości 8 oraz 11cm	
7.	Stalowy rdzeń pokryty PTFE w części proksymalnej	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejscowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 10 – Prowadnik sztywny

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik sztywny	szt.	5					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika sztywnego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika sztywnego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Prowadnik o stalowym rdzeniu i oplocie z płaskiego drutu pokrytego PTFE	
2.	Średnice: 0,035" oraz 0,038"	
3.	Długości: 75, 145, 180, 260 cm	
4.	Końcówka miękka o dł. 6 cm: prosta lub 3 mm J	
5.	Końcówka prosta: 1 cm lub 3,5 cm	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 11 – Cewnik balonowy do tętnic podudzia

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewnik balonowy do tętnic podudzia	szt.	30					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewnika balonowego do tętnic podudzia

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewnika balonowego do tętnic podudzia	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Długość cewnika balonowego: 40, 80, 90, 135, 150 cm	
2.	Długości balonu: 10-220 mm	
3.	Średnice balonu: 2-10 mm	
4.	Kompatybilny z przewodnikiem 0.018"	
5.	RBP: 14 atm	
6.	Dostępna wersja OTW i RX	
7.	Crossing profile: 0.020"	
8.	Pokrycie hydrofilne	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 12 – Cewnik balonowy uniwersalny kompatybilny z przewodnikiem 0,035”

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewnik balonowy uniwersalny kompatybilny z przewodnikiem 0,035”	szt.	70					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewnika balonowego uniwersalnego 0,035” kompatybilnego z przewodnikiem 0,035”

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewnika balonowego uniwersalnego 0,035” kompatybilnego z przewodnikiem 0,035”	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Kompatybilny z przewodnikiem 0,035”	
2.	Średnice balonu: 3 – 12 mm	
3.	Długości balonu: 20 – 200 mm	
4.	Długości systemu wprowadzającego: 40, 75, 135 cm	
5.	Kompatybilny z koszulkami: 5 F (śr. 3-7 mm), 6 F (śr. 8 – 10 mm) i 7 F (śr. 12 mm)	
6.	Ciśnienie RBP:14 – 24 ATM	
7.	Profil przejścia przez zmianę 0,040”/1,01 mm	
8.	Wykonany z materiału zapewniającego wytrzymałość i elastyczność	
9.	Balon pokryty substancją hydrofilną, cewnik niepokrywany	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 13 – Cewnik balonowy tnący

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewnik balonowy tnący	szt.	5					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewnika balonowego tnącego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewnika balonowego tnącego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Cewnik kompatybilny z przewodnikiem 0,014" (rapid exchange) i 0,018" (OTW)	
2.	Średnice balonu od 2 mm do 8 mm	
3.	Długości balonu: 1,5 cm i 2 cm	
4.	Liczba aterotomów: 3 lub 4	
5.	Długość cewnika: od 50 cm do 140 cm	
6.	Kompatybilny z koszulką 6 lub 7 F	
7.	RBP 10 i 12 atm	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 14 – Stent do tętnicy udowej powierzchownej

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent do tętnicy udowej powierzchownej	szt.	25					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu do tętnicy udowej powierzchownej

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu do tętnicy udowej powierzchownej	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Stent samorozprężalny nitynowy	
2.	Średnice: 5-8 mm	
3.	Długości: 20 – 200 mm	
4.	Długości systemu wprowadzającego: 75 i 130 cm	
5.	Maksymalny crossing profile 0,083"	
6.	Kompatybilny z przewodnikiem 0,035" i koszulką 6F dla wszystkich rozmiarów	
7.	Możliwość rozprężenia stentu jedną ręką (za pomocą pokrętła) lub dwiema rękami	
8.	Triaksialny system wprowadzający minimalizujący dystalną migrację stentu podczas implantacji	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 15 – Stent samorozprężalny obwodowy

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent samorozprężalny obwodowy	szt.	20					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego obwodowego 0,035"

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego obwodowego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Stent samorozprężalny nitynolowy	
	Wycinany laserowo z jednego kawałka tuby	
2.	Stent o zamkniętych celach na obu końcach i otwartych celach w części środkowej	
3.	Średnice stentu: 5 -14 mm	
4.	Długości stentu: 20 – 120 mm	
5.	Długości systemu wprowadzającego: 75 cm i 120 cm	
6.	Kompatybilny z przewodnikiem 0.035", OTW	
7.	Kompatybilny z koszulką wprowadzającą 6F dla wszystkich rozmiarów	
8.	Markery na końcach – 4 lub 5 markerów na każdym z końców w zależności od rozmiaru	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 16 – Strzykawka wysokociśnieniowa I

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Strzykawka wysokociśnieniowa	szt.	100					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla strzykawki wysokociśnieniowej

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla strzykawki wysokociśnieniowej	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Strzykawka o przezroczystym, polikarbonatowym korpusie	
2.	Pojemność co najmniej 20ccm	
3.	Wytrzymałość do 26 atm	
4.	Strzykawka z manometrem o skali w jednostkach: atm i PSI	
5.	Strzykawka z mechanizmem zapadkowym blokującym i umożliwiającym swobodny przesuw tłoka	
6.	Strzykawka wyposażona w dren poliuretanowy, zbrojony zakończony końcówką luer-lock z możliwością rotacji	

Uwaga:

Nie spełnienie któregoś z parametrów opisujących przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 17 – Stent samorozprężalny pokrywany lekiem

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent samorozprężalny pokrywany lekiem	szt.	12					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego pokrywanego lekiem

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego pokrywanego lekiem	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	stent samorozprężalny, nitinolowy, pokrywany paclitaxelem	
2.	dawka leku 0,0167 mikrograma/mm ²	
3.	kompatybilny z koszulką 6F	
4.	długości stentu 40, 60, 80, 100, 120, 150 mm	
5.	dostępne średnice 6 i 7 mm	
6.	triaxialny system uwalniania stentu	
7.	długości systemów dostawczych 75 i 130 cm	
8.	kompatybilny z przewodnikiem 0,035"	
9.	termin przydatności produktu 18 miesięcy	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 18 – Stent samorozprężalny szyjny

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent samorozprężalny szyjny	szt.	30					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego szyjnego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego szyjnego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Stent dostosowany do naczyń szyjnych	
2.	Stent samorozprężalny wykonany ze stopu stali z kobaltem,	
3.	System dostawczy akceptujący przewodnik 0,014", monorail	
4.	Długość cewnika dostawczego 135cm	
5.	Średnica systemu dostawczego 5 oraz 5,9F	
6.	Stent pleciony w kształt tubularnej siatki (mesh), o geometrii zamkniętych cel.	
7.	Stent o dużej elastyczności, miękkości i możliwości dopasowania do kształtu naczynia i jego zmieniającej się średnicy - tętnica szyjna wspólna-tętnica szyjna wewnętrzna	
8.	Stent z możliwością ponownego złożenia - całkowicie repozycjonowalny,	
9.	Średnice: 4-10mm, długości: 30/40/50mm.	
10.	Dobra widoczność stentu we fluoroskopie, bez markerów.	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 19 – Stent rozprężalny na balonie obwodowy

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto w zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent rozprężalny na balonie obwodowy	szt.	25					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu rozprężalnego na balonie obwodowego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu rozprężalnego na balonie obwodowego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Stent wycinany laserowo w kształt tabularnej siatki, zamontowany na cewniku balonowym	
2.	Stent wykonany ze stopu stali 316L	
3.	Zamontowany fabrycznie na balonie w sposób uniemożliwiający jego zsuniecie podczas manipulacji	
4.	Cewnik balonowy akceptujący przewodnik 0,035" „over the wire”,	
5.	Długość cewnika 75 oraz 135cm	
6.	Cewnik balonowy wysokociśnieniowy, RBP 12atm	
7.	Stent o dużej elastyczności i możliwości dopasowania do kształtu naczynia	
8.	Stent o dużej statycznej sile radialnej	
9.	Stent o małej skraccalności < 2%	
10.	Zacieśnianie światła stentu po usunięciu balonu (recoil) < 2%	
11.	Długości stentu 17/25/27/37/57mm, średnice 5/6/7/8/9/10 mm	
12.	Kompatybilny z koszulką 6F (średnice 5,0-8,0mm), 7F(dla rozmiaru 8x57mm oraz średnic 9,0-10,0 mm)	
13.	Dobra widoczność stentu we fluoroskopie.	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 20 – Stent na balonie

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent na balonie	szt.	10					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu na balonie

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu na balonie	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Stent kobaltowo- chromowy	
2.	Kompatybilny z przewodnikiem 0,035"	
3.	Niski profil końcówki, miękki i elastyczny tip	
4.	Kompatybilny z koszulką 6F dla wszystkich rozmiarów	
5.	Średnice 5, 6, 7, 8, 9 mm	
6.	Długości stentu 20, 30, 40, 50, 60, 80 mm	
7.	Długość shaftu 80 i 120 cm.	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 21 – Prowadnik z filtrem do neuroprotekcji

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik z filtrem do neuroprotekcji	szt.	25					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika z filtrem do neuroprotekcji

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika z filtrem do neuroprotekcji	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Prowadnik 0,014" o długości 190 cm oraz 300 cm z platynową miękką kształtowalną końcówką	
2.	Prowadnik umieszczony w sposób niecentryczny wobec koszyka filtra,	
3.	Koszyk filtra umocowany w sposób ruchomy – gwarantujący obrót na prowadniku,	
4.	Filtr w postaci pętli nitinolowej samorozprężalnej z koszykiem/membraną o porowatości 110mikronów	
5.	Jeden rozmiar dopasowujący się do różnych średnic naczyń w zakresie od 3,5 do 5,5mm	
6.	Koszulka dostawcza w systemie Monorail o profilu przejścia 3,2F	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 22 – Stent nerkowy rozprężany na balonie, kompatybilny z przewodnikiem 0,014”

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent nerkowy rozprężany na balonie, kompatybilny z przewodnikiem 0,014”	szt.	7					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu nerkowego, rozprężanego na balonie, kompatybilnego z przewodnikiem 0,014”

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu nerkowego, rozprężanego na balonie, kompatybilnego z przewodnikiem 0,014”	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Pokrycie pasywne substancją przyspieszającą endotelializację, zapobiegającą zakrzepicy w stencie oraz ograniczającą dyfuzję jonów metalicznych do naczynia.	
2.	Materiał konstrukcyjny: CrCo	
3.	Długości 12, 15, 19 mm.	
4.	Średnice 4.5, 5.0, 6.0, 7.0 mm.	
5.	Długości systemów dostarczania 80 cm. oraz 140 – Rx	
6.	Jeden marker proksymalny na stencie, dwa markery na systemie dostarczania	
7.	Kompatybilne z introducerem 4F (4.5 i 5 cm) i 5F (6 i 7 cm)	
8.	Profil przejścia: 0,053” dla 4.5 – 5.0 mm., 0,067” dla 6.0 – 7.0 mm	
9.	Ciśnienie nominalne 10 atm	
10.	RBP 15 atm (dla średnic 4.5 – 6 mm.) i 13 atm (dla średnicy 7 mm.)	
11.	Grubość strutów stentu 130 µm dla średnic 4.5 – 5 mm.	
12.	Konstrukcja podwójnej spirali – optymalna elastyczność i siła radialna	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 23 – Introducer zbrojony typu „crossover”

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Introducer zbrojony typu „crossover”	szt.	30					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla introducera zbrojonego typu „crossover” o długości 45cm

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla Introducera zbrojonego typu „crossover” o długości 45cm	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Długości: 45 cm. (fabrycznie zagięta – cross over i prosta)	
2.	Konstrukcja polimerowa ze stalowym zbrojeniem, zapewniającym utrzymanie średnicy wewnętrznej	
3.	Średnica 4, 5, 6 F	
4.	Kompatybilny z przewodnikiem 0,035”	
5.	Fabrycznie taperowany	
6.	Zastawka hemostatyczna i trójdrożny kranik	
7.	Odkręcany kranik w koszulkach 5 i 6F	

Uwaga:

Nie spełnienie któregośkolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 24 – Stent samorozprężalny kompatybilny z przewodnikiem 0,018” (SFA i BTK)

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent samorozprężalny kompatybilne z przewodnikiem 0,018” (SFA i BTK)	szt.	20					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego kompatybilnego z przewodnikiem 0,018” (SFA i BTK)

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego kompatybilnego z przewodnikiem 0,018” (SFA i BTK)	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Pokrycie pasywne substancją przyspieszającą endotelializację, zapobiegającą zakrzepicy w stencie oraz ograniczającą dyfuzję jonów metalicznych do naczynia	
2.	Długości 20,30,40,60,80 mm.	
3.	Średnice 4.0, 5.0, 6.0, 7.0 mm.	
4.	Długości systemów dostarczania 70 – 75 cm oraz 120 – 135 cm – Over The Wire	
5.	Materiał konstrukcyjny: nitinol, szerokość strutów: 80 µm	
6.	Relacja metal – naczynie: 18 – 26%	
7.	Skracalność poniżej 2%	
8.	Po 6 złotych markerów na każdym z końców stentu	
9.	Kompatybilne z introducerem 4F dla wszystkich średnic	
10.	Shaft 3,6 F, pokryty hydrofobowo	
11.	Konstrukcja wieloelementowa - każdy z segmentów działa niezależnie	
12.	Brak efektu „rybiej łuski” dzięki konstrukcji „peak to valley”,	
13.	System „anti – jump”	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 25 – Cewniki balonowe kompatybilne z przewodnikiem 0,014" (BTK)

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewniki balonowe kompatybilne z przewodnikiem 0,014" (BTK)	szt.	10					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewników balonowych kompatybilnych z przewodnikiem 0,014" (BTK)

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewników balonowych kompatybilnych z przewodnikiem 0,014" (BTK)	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Kontrolowana podatność między 4 a 6%.	
2.	Długości 20, 40, 70, 100, 140, 180, 220 mm	
3.	Średnice 1.5, 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 mm	
4.	Długości systemów dostarczania 90 cm (tylko dla średnic 2.5 - 4.0 mm), 150 cm oraz 120 cm (tylko dla średnic 1.5 i 2.0 mm) – Over The Wire	
5.	2 markery na systemie dostarczającym oznaczające pozycję balonu	
6.	Kompatybilne z introducerem 4F	
7.	Shaft proksymalny 3,9F hydrofobowy typu coaxial (współosiowy) – wysoka odporność na załamania, dystalny 3.1F - hydrofilny	
8.	Wyposażony w przewodnik usztywniający system dostarczania, zapobiegający załamaniom systemu i poprawiającym jego popychalność	
9.	Sposób pokrycia ułatwiający przeprowadzanie przez zmiany i jednocześnie zapobiegający ześlizgiwaniu się balonu podczas rozprężania, pokrycie zwiniętego balonu substancją ułatwiającą manewrowanie i doprowadzenie balonu do celu	
10.	Ciśnienie nominalne 7 atm., RBP 14 atm.	
11.	Przykładowy profil cewnika po deflacji dla średnicy 1.5 mm. wynosi 0,029"	
12.	Średni czas deflacji balonu 3.0 mm wynosi ok 10 sek.	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 26 – Cewniki balonowe kompatybilne z przewodnikiem 0,018" (SFA i BTK)

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewniki balonowe kompatybilne z przewodnikiem 0,018" (SFA i BTK)	szt.	25					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewników balonowych kompatybilnych z przewodnikiem 0,018" (SFA i BTK)

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewników balonowych kompatybilnych z przewodnikiem 0,018" (SFA i BTK)	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Semi compliant (4 – 8%)	
2.	Długości: 20, 40, 60, 80, 120, 150, 170, 200 mm	
3.	Średnice: 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0 mm	
4.	Długości systemów dostarczania 90 cm, 130 cm oraz 150 cm (tylko dla średnicy 2.0 mm.) – Over The Wire	
5.	2 markery na systemie dostarczającym oznaczające pozycję balonu	
6.	Kompatybilne z introducerem 4F i 5F (5F: 6 x 120 – 200 mm, oraz 7 x 80 – 200 mm)	
7.	Shaft 3.8F – 3.9F, coaxial – wysoka odporność na załamania	
8.	Hydrofobowy materiał	
9.	Sposób pokrycia ułatwiający przeprowadzanie przez zmiany i jednocześnie zapobiegający ześlizgiwaniu się balonu	
10.	Ciśnienie nominalne: 6 atm	
11.	RBP pomiędzy 12 a 15 atm. w zależności od średnicy	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 27 – Stenty samorozprężalne długie kompatybilne z przewodnikiem 0,035" (SFA)

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stenty samorozprężalne długie kompatybilne z przewodnikiem 0,035" (SFA)	szt.	20					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentów samorozprężalnych długich kompatybilnych z przewodnikiem 0,035" (SFA)

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentów samorozprężalnych długich kompatybilnych z przewodnikiem 0,035" (SFA)	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Pokrycie pasywne substancją przyspieszającą endotelializację, zapobiegającą zakrzepicy w stencie oraz ograniczającą dyfuzję jonów metalicznych do naczynia	
2.	Materiał konstrukcyjny: nitinol	
3.	Długości: 30, 40, 60, 80, 100, 120, 150, 170mm	
4.	Średnice 5.0, 6.0, 7.0 mm.	
5.	Długości systemów dostarczania 90 cm. oraz 135 cm. – Over The Wire	
6.	System triaxialny umożliwiający precyzyjną implantację, uwalnianie jedną ręką	
7.	Grubość strutów: 140 µm	
8.	Szerokość strutów: 85 µm	
9.	Skracalność poniżej 2%	
10.	Po 6 złotych markerów na każdym z końców stentu	
11.	Kompatybilne z introducerem 6F dla wszystkich średnic	
12.	Pokryty hydrofobowo	
13.	Połączenia typu „S” dla lepszej elastyczności	
14.	12 „koron” w jednym segmencie	
15.	Konstrukcja wieloelementowa - każdy z segmentów działa niezależnie	
16.	Brak efektu „rybiej łuski” dzięki konstrukcji „peak to valley”	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 28 – Samorozprężalny, elastyczny stent zamkniętokomórkowy.

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Samorozprężalny, elastyczny stent zamkniętokomórkowy	szt.	16					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla samorozprężalnego, elastycznego stentu zamkniętokomórkowego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla samorozprężalnego, elastycznego stentu zamkniętokomórkowego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	wykonany z 6 par włókien nitinolowych, tkanych helikalnie w zamkniętej geometrii komórek.	
2.	Wskazania: tętnica podkolanowa i powierzchowna udowa.	
3.	Rozmiary: średnica 4, 5, 6 i 7mm, długość stentu 40 - 200mm (co najmniej 10 różnych długości, w tym stenty krótkie o dł 20mm i długie o długości 180 i 200 mm)	
4.	Długość kateteru 80 i 120cm.	
5.	Kompatybilny z 6F i przewodnikiem 0,018.	
6.	wysoka odporność na: a) zginanie i rozciąganie potwierdzona testami wytrzymałościowymi (10 milionów cykli bez uszkodzenia) b) skręcanie potwierdzone w testach mechanicznych (20 milionów cykli bez uszkodzenia)	
7.	technika implantacji pozwalająca na dostosowanie długości oraz stopnia upakowania stentu w tętnicy.	
8.	możliwość modelowania stentu po jego implantacji	
9.	wysoka siła radialna	
10.	Wymaga predylatacji	
11.	Wymiarowanie stentu 1:1 względem średnicy naczyń	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 29 – Stent samorozprężalny do tętnic szyjnych, nitynolowy z systemem dostawczym typu monorail

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent samorozprężalny do tętnic szyjnych, nitynolowy z systemem dostawczym typu monorail	szt.	10					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego do tętnic szyjnych, nitynolowy z systemem dostawczym typu monorail

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalnego do tętnic szyjnych, nitynolowy z systemem dostawczym typu monorail	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	kompatybilny z cewnikiem prowadz. 8F i koszulką 6F	
2.	długości 20, 30 i 40 mm	
3.	średnice: od 7 do 10 mm , dostępne także stenty taperowane	
4.	dostępny stent o budowie zamknięto- i otwartokomórkowej	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 30 – Cewnik balonowy typu Rx do pre- i postdylatacji

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewnik balonowy typu Rx do pre- i postdylatacji	szt.	7					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewnika balonowego typu Rx do pre- i postdylatacji

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewnika balonowego typu Rx do pre- i postdylatacji	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	długość systemu 135cm	
2.	dostępne średnice od 4 do 7,0 co 0,5 mm	
3.	dostępne długości 15-40 mm	
4.	ciśnienie NP 8 at RBP 14 atm	
5.	kompatybilny z przewodnikiem 0,014"	

Uwaga:

Nie spełnienie któregośkolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 31 – Prowadniki zabiegowe II

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadniki zabiegowe	szt.	10					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika zabiegowego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika zabiegowego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	sterowalny prowadnik zabiegowy o średnicy 0,035" z taperowaną końcówką 0,025" o długości 17cm	
2.	długość prowadnika od min 180 do min 300 cm z powłoką ułatwiającą przejście przez zwężone obszary	
3.	dostępne również prowadniki 0,014"; 0,018" oraz prowadnik specjalistyczny do użycia w przypadku CTO w obszarze poniżej kolana	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 32 – Prowadnik hydrofilny I

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto w zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik hydrofilny	szt.	50					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika hydrofilnego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika hydrofilnego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Średnice: 0,018", 0,020", 0,025", 0,032", 0,035", 0,038"	
2.	dostępne różne długości ściętej końcówki rdzenia (taper): short=1 cm, regular=3 cm oraz long=5 cm	
4.	końcówka prosta, zagięta 45 stopni, typu J, krzywizna Bolia	
5.	rdzeń nitinolowy zatopiony w poliuretanie, wykonany z jednego kawałka	
6.	bardzo dobra kontrola trakcji 1:1	
7.	odporny na odkształcenia i na załamanie struktury podłużnej	
8.	w poliuretanie dodatkowo zatopione nitki wolframowe	
9.	trwała powłoka hydrofilna na całej długości	
10.	atraumatyczna, miękka końcówka, z pamięcią kształtu	
11.	dostępne w wersji o standardowej sztywności, półsztywnej i sztywnej	
12.	dostępne w opcji z kształtowaną końcówką	
13.	długości 50, 80, 120 ,150, 180, 220, 260, 300 cm	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 33 – Systemy zamykające do naczyń

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Systemy zamykające do naczyń	szt.	5					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla systemu zamykającego do naczyń

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla systemu zamykającego do naczyń	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	System zamykający do naczyń przy pomocy kotwicy i bio-wchłaniającej gąbki kolagenowej,	
2.	Kotwica i bio-wchłaniająca gąbka rozpuszczają się w ciągu 60 do 90 dni	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 34 – Prowadnik hydrofilny II

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik hydrofilny	szt.	30					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika hydrofilnego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika hydrofilnego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	dł.145,150,180,260,320 cm	
2.	giętka atraumatyczna końcówka o dł. 3cm	
3.	pokryty substancją hydrofilną	
4.	dobrze widoczny w skopii	
5.	końcówka prosta lub w kształcie litery „J”	
6.	dostępny w wersji sztywnej, półsztywnej i standardowej	
7.	dotatkowo przyrząd ułatwiający manewrowanie prowadnikiem podczas użycia	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 35 – Stent samorozprężalny obwodowy pokrywany lekiem

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent samorozprężalny obwodowy pokrywany lekiem	szt.	10					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalny obwodowy pokrywany lekiem

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu samorozprężalny obwodowy pokrywany lekiem	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	nitynolowe pokrywane lekiem antyproliferacyjnym (paklitaxelem)	
2.	nie zawierające polimeru	
3.	złote znaczniki na stencie oraz na systemie wprowadzającym	
4.	śr. 5-8 mm	
5.	dł. 40-140 mm	
6.	śr. systemu wprowadzającego 6F	
7.	dł. systemu wprowadzającego 80 i 125 cm	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 36 – Stengraft obwodowy

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stengraft obwodowy	szt.	4					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stengraftu obwodowy

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stengraftu obwodowy	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	fabrycznie montowany na balonie	
2.	wykonany ze stopu chromowo-kobaltowego, powleczonego materiałem PTFE	
3.	system wprowadzający kompatybilny z przewodnikiem 0.035"	
4.	dostępny w długościach 75 i 120cm	
5.	dwa cieniodajne znaczniki umieszczone pod balonem wskazujące położenie stentu i umożliwiające uwidocznienie długości roboczej balonu metodą fluoroskopową	
6.	dł. stentu: od 18 do 58 mm	
7.	nominalne śr. stentu: 5, 6, 7, 8, 9, 10 mm	
8.	RBP dla balonu: 12-13bar	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 37 – Stentgraft do aorty brzusznej

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stentgraft do aorty brzusznej	szt.	2					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentgraftu do aorty brzusznej

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentgraftu do aorty brzusznej	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	możliwość stosowania sten-graftu brzuszego w technice kominowej zapewniona wg instrukcji użytkowania	
2.	producent, nazwa produktu, numer katalogowy	
3.	instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie	
4.	w standardzie dostarczana ilość części potrzebnych do zaopatrzenia jednego tętniaka albo rozwarstwienia aorty w odcinku brzuszny	
5.	do każdego oferowanego zestawu stentgraftu dołączony cewnik balonowy do modelowania protezy, z możliwością doprężenia do 45 [mm] (jeden rozmiar balonu do wszystkich średnic stentgraftów)	
6.	w standardzie dostępne nóżki kontralateralne o długości powyżej 190 [mm] i średnicy dystalnej min. 28 [mm]	
7.	możliwość zaopatrywania szyi tętniaka o dużej średnicy, tj. ok. 31-32 [mm], o kącie zagięcia podnerkowego do 75°	
8.	w standardzie dostępne introducery o średnicach min. 14, 16, 18, 20 [Fr]	
9.	moduły stentgraftu wykonane z nitinolowych segmentów połączonych z materiałem z wielowłóknowego poliestru o wysokiej gęstości	
10.	oferowany model stentgraftu posiadający system fiksacji nadnerkowej z dodatkowym elementem fiksującym protezę (stentgraft)	
11.	system wprowadzający zapewniający implantację w odcinku aorty brzusznej	
12.	dostępny przedział średnic aortalnych, min. 23 - 35 [mm]	
13.	dostępny przedział średnic biodrowych, min. 10 - 28 [mm]	
14.	możliwość zaopatrywania tętniaków z szyją o długości 10 [mm] wg instrukcji obsługi	
15.	termin dostawy, licząc od dnia zamówienia u Wykonawcy, max. 24 [h]	
16.	szkolenie operatorów w stosowaniu oferowanego w pakiecie stentgraftu	
17.	możliwość zamiany na stent-graft piersiowy o śr. 22-46 mm z systemem wprowadzania max. 25F dla wszystkich średnic	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 38 – Samorozprężalny stent nitinolowy, szyjny

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Samorozprężalny stent nitinolowy, szyjny	szt.	3					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla samorozprężalnego stentu nitinolowego, szyjnego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla samorozprężalnego stentu nitinolowego, szyjnego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Łatwy w dostarczeniu	
2.	Cewnik dostawczy 0,014" w systemie szybkiej wymiany	
3.	Z niskim profilem przejścia, kompatybilny z urządzeniem 6F	
4.	Miękkie zakończenie cewnika dla atraumatycznego ułożenia	
5.	Stent dostarczany w cewniku typu: „rapid exchange”	
6.	Stenty zwężające się (taperowane) posiadające dodatkowy marker na cewniku wewnętrznym systemu dostawczego obrazujący segment środkowy stentu między częścią węższą a szerszą	
7.	Stent o zerowej skracalności, wyposażony w system zapobiegający przemieszczeniu stentu dystalnie podczas otwierania.	
8.	Kontrolowane umieszczenie	
9.	Marker cieniodajny środkowy w cewniku dostawczym dla temperowanych stentów	
10.	Markery tantalowe GPS na każdym końcu stentu	
11.	Unikalny system EX.P.R.T. eliminujący skok stentu	
12.	Brak skracania	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 39 – Stent stalowy do naczyń obwodowych montowany na balonie

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent stalowy do naczyń obwodowych montowany na balonie	szt.	10					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu stalowego do naczyń obwodowych montowanego na balonie

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu stalowego do naczyń obwodowych montowanego na balonie	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Średnica od 4.0 mm do 10 mm	
2.	Długość od 16 mm do 100 mm	
3.	Ciśnienie nominalne 6 atm.	
4.	RBP min. 12 atm.	
5.	Skrócenie po implantacji poniżej 5% przy RBP	

Uwaga:

Nie spełnienie któregoś z parametrów opisujących przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 40 – Stent do naczyń nerkowych z systemem wprowadzającym monorail

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent do naczyń nerkowych z systemem wprowadzającym monorail	szt.	4					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu do naczyń nerkowych z systemem wprowadzającym monorail

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu do naczyń nerkowych z systemem wprowadzającym monorail	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Sloted tube	
2.	Średnica od 5.0 mm do 7.0 mm	
3.	Długość od 8.0 mm do 22 mm	
4.	Ciśnienie nominalne max. 8 atm	
5.	RBP nie mniejsze niż 12 atm	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 41 – Koszulka naczyniowa do wprowadzania cewników I

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Koszulka naczyniowa do wprowadzania cewników	szt.	40					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla koszulki naczyniowej do wprowadzania cewników

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla koszulki naczyniowej do wprowadzania cewników	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Długość: 45cm, 55cm, 90cm;	
2.	Zakres średnic od 4F do 13F	
3.	Marker umieszczony na końcu koszulki	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
2. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 42 – Koszulka naczyniowa do wprowadzania cewników, zbrojona

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Koszulka naczyniowa do wprowadzania cewników, zbrojona	szt.	40					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla koszulki naczyniowej do wprowadzania cewników, zbrojonej

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla koszulki naczyniowej do wprowadzania cewników, zbrojonej	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Długość: 45cm, 55cm, 90cm	
2.	Zakres średnic od 4F do 13F	
3.	Marker umieszczony na końcu koszulki	
4.	Hydrofilne	
5.	Zbrojone	
6.	Znaczniki na końcu koszulki	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
2. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 43 – Prowadnik typu Lunderquist

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik typu Lunderquist	szt.	5					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika typu Lunderquist

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika typu Lunderquist	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Średnica 0.035"	
2.	Co najmniej 2 długości w tym 260cm i więcej	
3.	końcówka prosta i „J”	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 44 – Prowadnik pokryty teflonem

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Prowadnik pokryty teflonem	szt.	100					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla prowadnika pokrytego teflonem

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla prowadnika pokrytego teflonem	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Średnica 0.018"; 0,032; 0,035"	
2.	Długość 200 cm- 260cm	
3.	Różnego kształtu i typu zakończenia: ST, J	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 45 – Cewnik do trombolizy

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewnik do trombolizy	szt.	6					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewnika do trombolizy

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewnika do trombolizy	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Rozmiar 5,5F	
2.	Prowadnik 0,035"	
3.	Długość do wyboru w ofercie 60 cm i 110cm	
4.	Odległość między znacznikami L=2 cm lub 5 cm lub 10 cm	
5.	Dwa znaczniki	

Uwaga:

Nie spełnienie któregoś z parametrów opisujących przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 46 – System do neuroprotekcji zbudowany z nitinolu

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	System do neuroprotekcji zbudowany z nitinolu	szt.	5					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla systemu do neuroprotekcji zbudowany z nitinolu

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla systemu do neuroprotekcji zbudowany z nitinolu	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	średnica filtru 4mm, 5mm, 6mm, 7mm, 8mm	
2.	długość przewodnika 170 cm	
3.	Średnica przewodnika z filtrem 0,014"	
4.	przewodnik ze zintegrowanym koszykiem filtrującym	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 47 – Stent samorozprezalny

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto w zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent samorozprezalny	szt.	10					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu samorozprezalnego wykonanego z jednego elementu plecionego drutu nitinolowego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu samorozprezalnego wykonanego z jednego elementu plecionego drutu nitinolowego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Wykonany z jednego elementu plecionego drutu nitinolowego	
2.	Średnica rozpreżonego stentu od 4mm do 10mm	
3.	długość rozpreżonego stentu od 15mm do 120mm	
4.	Co najmniej 3 długości systemu 80cm, 135cm i 165cm	
5.	Współpraca z przewodnikiem 0,018" i 0,035" w zależności od średnicy stentu	
6.	Platynowe znaczniki na końcach stentu dobrze widoczne we fluoroskopii	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 48 – Strzykawka wysokociśnieniowa II

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Strzykawka wysokociśnieniowa	szt.	100					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla Strzykawka wysokociśnieniowa

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla Strzykawka wysokociśnieniowa	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Cisnienie max. nie mniejsze niż 30 Atmosfer	
2.	Pojemność nie mniejsza niż 30 ml	
3.	Zaopatrzona w przedłużacz wysokociśnieniowy	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
2. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 49 – Koszulka naczyniowa do wprowadzania cewników II

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Koszulka naczyniowa do wprowadzania cewników	szt.	200					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla koszulki naczyniowej do wprowadzania cewników

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla koszulki naczyniowej do wprowadzania cewników	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Długość: 5 i 23cm	
2.	Zakres średnic od 4F do 13F	
3.	Marker umieszczony na końcu koszulki	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
2. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 50 – Cewnik balonowy do angioplastyki

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Cewnik balonowy do angioplastyki	szt.	30					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla cewnika balonowego do angioplastyki

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla cewnika balonowego do angioplastyki	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	średnica od 3.0mm do 25mm	
2.	długość od 10mm do 200mm	
3.	średnica korpusu cewnika 5.5F, 6F	
4.	długość systemu 80 i 170 cm	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 51 – Dwuświatłowy cewnik Fogarty'ego do embolektomii

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto w zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Dwuświatłowy cewnik Fogarty'ego do embolektomii	szt.	10					
Razem:						X		X

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
2. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejscowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 52 – Stengraft naczyniowy z powłoką heparynową do naczyń obwodowych

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stengraft naczyniowy z powłoką heparynową do naczyń obwodowych	szt.	3					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stengraftu naczyniowego z powłoką heparynową do naczyń obwodowych

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stengraftu naczyniowego z powłoką heparynową do naczyń obwodowych	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	stentgraft obwodowy wykonany z drutu nitinolowego, pokrytego od wewnątrz materiałem PTFE	
2.	powierzchnia wewnętrzna z powłoką heparynową	
3.	długość zestawu wprowadzającego 75cm lub 120 cm	
4.	średnica zestawu wprowadzającego 6-12F	
5.	przewodnik: 0,014"; 0,018"; 0,035"	
6.	cieniujące markery na systemie dostarczania	
7.	możliwość łączenia kilku protez w sposób teleskopowy	
8.	elastyczny system umożliwia implantację w krętych naczyniach obwodowych	
9.	dla długości od 2.5 do 10 cm średnice od 5 do 13 mm	
10.	dla długości 15 cm średnice od 5 do 10 mm	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

- Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
- Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
- W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 53 – Stent obwodowy, samorozprężalny

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Stent obwodowy, samorozprężalny	szt.	5					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla stentu obwodowego, samorozprężalnego

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla stentu obwodowego, samorozprężalnego	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	nininiolowy spiralny stent samorozprężalny pokryty siatką wykonaną z PTFE	
2.	pokrywany mikrocząsteczkową heparyną	
3.	średnice 5,6,7,8 mm, długości 3,4,6,8,10 cm	
4.	długość systemu wprowadzającego 80 cm lub 120 cm	
5.	średnica systemu 6-7 F	
6.	łatwy system uwalniania stentu	
7.	cieniodajne markery na systemie dostarczania, ułatwiające odpowiednią apozycję stentu	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 54 – Shunt naczyniowy j.u. do tętnic szyjnych

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Shunt naczyniowy j.u. do tętnic szyjnych	szt.	50					
Razem:							X	X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla shuntu naczyniowego j.u. do tętnic szyjnych

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla shuntu naczyniowego j.u. do tętnic szyjnych	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	Dostępne rozmiary (fi): 8, 10, 12, 14 do wyboru przez zamawiającego	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca odda zamawiającemu w depozyt za pośrednictwem Apteki Szpitalnej ww. asortyment w ilości i rozmiarach ustalonych po zawarciu umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
3. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Część Nr 55 – Zestaw do angiografii udowo-promieniowej

Lp.	Przedmiot zamówienia/wymagania/	J.m.	Ilość wg j.m.	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (poz.4x5)	% VAT	Wartość brutto W zł (poz.6+7)	Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Zestaw do angiografii udowo-promieniowej	szt.	155					
Razem:						X		X

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla Zestaw do angiografii udowo-promieniowej

Lp.	Parametry wymagane i pozostałe wymagania dla Zestaw do angiografii udowo-promieniowej	Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE
1.	serweta angiograficzna udowo-promieniowa o wymiarach 250 x 350 cm wyposażona w dwa otwory o śr. 10cm otoczone taśmą samoprzylepną + 2 otwory o śr. 5 cm otoczone taśmą samoprzylepną, w części krytycznej wokół otworów posiada warstwę wysokochłonną o wymiarach 100 x 150cm. Serweta zintegrowana z 2 przezroczystymi panelami foliowymi na pulpit sterowniczy o wymiarach min. 70 x 350cm każdy po obu stronach serwety,	
2.	ręczniki do rąk z włókniny poliestrowo-wiskozowej 40x20cm – 2 szt.	
3.	serweta dwuwarstwowa 45x75cm z przylepcem na dłuższym boku – 1 szt.	
4.	serweta na stół do instrumentarium 150 x 200 cm służąca do zawinięcia zestawu – 1 szt.	
5.	fartuch chirurgiczny wzmocniony w części przedniej i rękawy powyżej łokcia, rozmiar L – 1 szt.	
6.	fartuch chirurgiczny wzmocniony w części przedniej i rękawy powyżej łokcia, rozmiar XL – 1 szt.	
7.	pojemnik plastikowy, okrągły z przewodnikiem na kable o pojemności 2500ml – 1 szt.	
8.	pojemnik plastikowy, okrągły, przezroczysty o poj. 500ml – 1 szt.	
9.	pojemnik plastikowy, okrągły, niebieski o poj. 500ml – 1 szt.	
10.	kompresy z gazy 17 nitkowej, 8 warstwowe, 10x10cm – 100 szt.	
11.	igła do strzykawki 0,7x30mm – 1 szt.	
12.	igła do strzykawki 1,2x40mm – 1 szt.	
13.	strzykawka 3-częściowa luer look 10ml – 1 szt.	
14.	strzykawka 3-częściowa luer look 10ml z niebieskim tłokiem – 1 szt.	
15.	strzykawka 3-częściowa 10ml z zielonym tłokiem – 1 szt.	
16.	strzykawka 3-częściowa luer look 20ml z niebieskim tłokiem – 1 szt.	
17.	strzykawka 3-częściowa 20ml z zielonym tłokiem – 1 szt.	
18.	strzykawka 3-częściowa 5 ml – 1 szt.	
19.	skalpel chirurgiczny nr 11 z bezpiecznym ostrzem – 1 szt.	
20.	kleszyczki metalowe 14cm zagięte, rochester - 1 szt.	
21.	opaska uciskowa/elastyczna 5m*15cm; gęsto tkana – 5 szt	
22.	osłona foliowa na przewody 13x244cm składana teleskopowo z kartonikiem ułatwiającym zakładanie i taśmą samoprzylepną – 1 szt.	
23.	osłona foliowa z gumką na sprzęt medyczny 127x91cm – 2 szt.	
24.	żel do USG w saszetce 20g – 1 szt.	
25.	Główna serweta wykonana z laminatu foliowo-włókninowego PP+PE (polipropylen+polietylen) o gramaturze 56g/m2, dodatkowa warstwa chłonna z włókniny wiskozowej o gramaturze min.140g/m2 i chłonności min. 800%.	

26.	Opakowanie jednostkowe foliowe typu Tyvek	
27.	Na opakowaniu 4 odklejane etykiety typu TAG z numerem serii, datą ważności i identyfikacją wytwórcy	
28.	Zestaw zapakowany w podwójne opakowanie transportowe (karton w karton)	
29.	Zestaw zgodny z normą PN-EN 13795 w zakresie wymagań wysokich w strefie krytycznej	
30.	Wyrób bez zawartości lateksu, oznaczenie na etykiecie (piktogram latex free)	
31.	Zestaw musi być zgodny z wymaganiami normy PN-EN 10993 w części 5 i 10 tj. nie wskazują działania cytotoksycznego, drażniącego i uczulającego.	

Uwaga:

Nie spełnienie któregokolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy własnej przedmiotu zamówienia stosowanej przez producenta / Wykonawcę zgodnie z fakturą.
2. W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
 uprawnionych do składania oświadczeń woli
 w imieniu Wykonawcy*