Załącznik nr 3 do SIWZ – Opis przedmiotu zamówienia

**Pakiet 1 Zestaw do izolacji żył płucnych metodą krioablacji wraz z dzierżawą i obsługą systemu do w/w zabiegów**

**Pkt 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cewnik balonowy do krioablacji**  Ilość 40  Wytwórca / Producent…………… Kraj pochodzenia…………………  Rok produkcji (wymagany min.2017)…………………………..  Nazwa produktu ………………………….Nr katalogowy ……………………………….. | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Cewnik balonowy do krioablacji | Opisać |  | wymagane |
| 2. Dostępność rozmiarów 23mm i 28mm | Opisać |  | wymagane |
| 3. Czujnik temperatury w balonie | Opisać |  | wymagane |
| Inne | Opisać |  |  |

**Pkt 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Koszulka sterowalna do cewników balonowych 12F**  Ilość 40  Wytwórca / Producent …………… Kraj pochodzenia………………………..  Rok produkcji (wymagany min.2017)………………………  Nazwa produktu …………. Nr katalogowy ………………………. | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Koszulka sterowalna do cewników balonowych do krioablacji | Opisać |  | wymagane |
| 2. Światło wewnętrzne 12F, | Opisać |  | wymagane |
| 3. Zagięcie końcówki co najmniej 90 st. | Opisać |  | wymagane |
|  | Opisać |  | wymagane |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przewód łączeniowy elektryczny do krioablatora**  Ilość 4  Wytwórca / Producent ……………………….Kraj pochodzenia………………..  Rok produkcji (wymagany min.2017)…………………….  Nazwa produktu ……………………….Nr katalogowy………………………….. | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. przewód łączeniowy do krioablatora kompatybilny z krioablatorem typu CryoCath | Opisać |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przewód łączeniowy gazowy do krioablatora**  Ilość 45  Wytwórca / Producent ……………………… Kraj pochodzenia ………….  Rok produkcji (wymagany min.2017)  Nazwa produktu ………………………… Nr katalogowy ………………. | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. przewód łączeniowy gazowy do krioablatora kompatybilny z krioablatorem typu CryoCath | Opisać |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| Inne cechy |  |  |  |

**Pkt 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elektroda do mapowania żył płucnych**  Ilość 40  Wytwórca / Producent ………………Kraj pochodzenia ………..  Rok produkcji (wymagany min.2017)…………………..  Nazwa produktu ……………………….. Nr katalogowy ………………………………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Średnica pętli końcowej 15mm i 20mm | Opisać |  | wymagane |
| 2. Min. 8 biegunów rejestracyjnych | Opisać |  | wymagane |
| 3. Kompatybilny z cewnikami z pkt. 1 | Opisać |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 6**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przewód łączeniowy do elektrody do mapowania żył płucnych**  Ilość 5  Wytwórca / Producent …………………… Kraj pochodzenia ………  Rok produkcji (wymagany min.2017) ………………..  Nazwa produktu …………………………………. Nr katalogowy ……………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. przewód łączeniowy do elektrody do mapingu żył płucnych | Opisać |  | wymagane |
| Inne | Opisać |  |  |

**Pkt 7**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prowadnik naczyniowy**  Ilość 50  Wytwórca / Producent …………………… Kraj pochodzenia ……………..  Rok produkcji (wymagany min.2017) ……………………  Nazwa produktu …………………………………. Nr katalogowy ……………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. 0,032, długość 200cm, J | Opisać |  | Tak |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 8**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prowadnik wieńcowy**  Ilość 45  Wytwórca / Producent …………………… Kraj pochodzenia ……………..  Rok produkcji (wymagany min.2017) ……………………  Nazwa produktu …………………………………. Nr katalogowy ……………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. 0,014, długość 190cm, J | Opisać |  | Tak |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 9**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wkłucie naczyniowe**  Ilość 130  Wytwórca / Producent …………………… Kraj pochodzenia ……………..  Rok produkcji (wymagany min.2017)……………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Długość 11cm, średnica 7/8 Fr | Opisać |  | Tak |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cewnik diagnostyczny typu Pigtail**  Ilość 40  Wytwórca / Producent …………………… Kraj pochodzenia ……………..  Rok produkcji (wymagany min.2017)……………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Długość min 110cm, 5,6 Fr | Opisać |  | Tak |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 11**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dzierżawa konsoli do krioablacji balonowej wraz z butlami ze środkiem chłodzącym**  zamawiana ilość – 10 sesje  Wytwórca / Producent ……………………. Kraj pochodzenia ……………..  Rok produkcji (wymagany min.2017) …………………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Dzierżawa konsoli do Krioablacji balonowej | Opisać |  | Tak |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 12**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dzierżawa aparatu do pomiaru wskaźnika ACT**  Ilość – 10 sesje  Wytwórca / Producent …………………… Kraj pochodzenia ……………..  Rok produkcji (wymagany min.2017) | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Dzierżawa aparatu do pomiaru ACT | Opisać |  | Tak |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

**Pkt 13**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kartridże do pomiaru ACT**  Ilość 150 szt  Wytwórca / Producent …………………… Kraj pochodzenia ……………..  Rok produkcji (wymagany min.2017) …………………..  Nazwa produktu …………………………………. Nr katalogowy ……………… | | | |
| CHARAKTERYSTYKA: | | | |
| 1. Testy kompatybilne z aparatem z pkt 12 | Opisać |  | Tak |
| Inne cechy | Opisać |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 1 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty

Potwierdzam zgodność merytoryczną i ilościową przedmiotu zamówienia

Upełnomocniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

…..............................................................

(podpis Wykonawcy)

....................................... dnia ........................... r.