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 40Wytwórca / 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 40Wytwórca / 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 4Wytwórca / 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 45Wytwórca / 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 40Wytwórca / 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 5Wytwórca / 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 50Wytwórca / 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 45Wytwórca / 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 130Wytwórca / 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 40Wytwórca / 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 sesjeWytwórca / 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 sesjeWytwórca / 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 sztWytwórca / 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.