**Pakiet nr 25**

**Wadium : 21.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Opis Przedmiotu zamówienia** | **Ilość**  **Szt.** | **Cena netto szt.** | **Cena brutto szt.** | **VAT**  **w %** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **wielkość opakowania** | **Producent;**  **nazwa produktu**  **numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **Klasa wyrobu medycznego** |
| 1. | **Zestaw do terapii ECMO dla pacjentów pediatrycznych kompatybilny z posiadaną przez Szpital konsolą Xenios.** | 60 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry:**

Układ do terapii ECMO dla pacjentów pediatrycznych, przystosowany do przepływów krwi w przedziale min. 0,35-2,40 L/min. Kompatybilny z aparatem Xenios, zawierający:

* oksygenator membranowy o powierzchni wymiany gazowej 0,65 m²,
* zestaw drenów o średnicy ¼”, długości do 200 cm ze zintegrowanymi przetwornikami ciśnień, połączonymi fabrycznie,
* kopułkę pompy o wypełnieniu max 16 ml,
* zintegrowany wymiennik ciepła.

Objętość wypełnienia całego układu nie więcej jak 240 ml (+/- 10%).

Układ pokryty powłoką heparynowo-albuminową do długotrwałego stosowania - min 28 dni

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | **Zestaw do terapii ECMO dla pacjentów pediatrycznych – noworodków kompatybilny z posiadaną przez Szpital konsolą Xenios.** | 25 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry:**

Układ do terapii ECMO dla noworodków, przystosowany do przepływów krwi w przedziale min. 0,10-0,80 L/min. Kompatybilny z aparatem Xenios, zawierający:

* oksygenator membranowy o powierzchni wymiany gazowej 0,32 m²,
* zestaw drenów o średnicy ¼”, długości do 200 cm ze zintegrowanymi przetwornikami ciśnień, połączonymi fabrycznie,
* kopułkę pompy o wypełnieniu max 16 ml,
* zintegrowany wymiennik ciepła.

Objętość wypełnienia całego układu nie więcej jak 195 ml (+/- 10%).

Układ pokryty powłoką heparynowo-albuminową do długotrwałego stosowania - min 28 dni

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | **Zestaw do terapii ECMO dla pacjentów dorosłych kompatybilny z posiadaną przez Szpital konsolą Xenios** | 10 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry:**

Układ pacjenta przystosowany do przepływów krwi w przedziale min. 1,1 - 7 L/min. Kompatybilny z aparatem Xenios, zawierający:

* oksygenator membranowy o powierzchni wymiany gazowej nie większy niż 1,9 m²,
* zestaw drenów długości do 230 cm ze zintegrowanymi przetwornikami ciśnień połączonymi fabrycznie,
* kopułkę pompy o wypełnieniu max 17 ml,
* zintegrowany wymiennik ciepła.

Objętość wypełnienia całego układu 670 ml (+/- 10%).

Układ pokryty powłoką heparynowo-albuminową do długotrwałego stosowania - min 28 dni

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. | **Zestaw do terapii ECCO2R kompatybilny z posiadaną przez Szpital konsolą Xenios** | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxxx | xxxx | xxxx |  |  | xxxxxxxx | xxxxxxxxxx |

**Parametry**

Układ pacjenta przystosowany do przepływów krwi w przedziale min. 0,6 - 4,4 L/min.

Kompatybilny z aparatem Xenios, zawierający:

* oksygenator membranowy niskooporowy o powierzchni wymiany gazowej nie mniejszej niż 1,2 m²,
* zestaw drenów ze zintegrowanymi przetwornikami ciśnień połączonymi fabrycznie,
* złącza typu luer-lock do CRRT na linii powrotu krwi do pacjenta,
* kopułkę pompy o wypełnieniu max 17 ml

Objętość wypełnienia całego układu 400 ml ( +/- 10%).

Układ pokryty powłoką heparynowo-albuminową do długotrwałego stosowania - min 28 dni.

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

Osoba odpowiedzialna **za realizację zamówienia** ze strony Wykonawcy:

imię i nazwisko: ..................................................................

nr tel.: ..............................................................

e-mail pod który Zamawiający ma wysyłać pisemne zamówienia: ………………………………………………………………

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**