**Załącznik nr 1-A-1 do SIWZ**

**(do zadania nr 1)**

**Parametry techniczne - protezy do hemodializy - Zadanie nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne - protezy do hemodializy** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Proteza przeznaczona do wczesnego nakłuwania celem zyskania dostępu naczyniowego do dializy |  |
| 2. | Wysoka wytrzymałość na rozciąganie |  |
| 3. | Pełna szczelność protezy w miejscach wkłuć igły |  |
| 4. | Struktura protezy trójwarstwowa |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

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

 / miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu

**Załącznik nr 1-A-2 do SIWZ**

**(do zadania nr 2)**

**Parametry techniczne - Protezy naczyniowe - Zadanie nr 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne - protezy naczyniowe** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Dwuwarstwowa budowa ściany protezy / warstwa podłużna PTFE i warstwa owijająca – tzw. struktura wrap. / |  |
| 2. | Przepuszczalność protezy zerowa |  |
| 3. | Brak strzępienia w miejscach przecięcia |  |
| 4. | Spiralne wzmocnienie wykonane również z PTFE, które może być usuwalne w celu dopasowania do indywidualnych potrzeb odcinka wzmocnienia. |  |
| 5. | Aktywne i trwałe / heparynizowane /. |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

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

 / miejscowość, data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu

**Załącznik nr 1-A-3 do SIWZ**

**(do zadania nr 3)**

**Parametry techniczne - Protezy naczyniowe - Zadanie nr 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne - protezy naczyniowe** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Protezy wykonane z dzianego poliestru |  |
| 2. | Protezy uszczelniane, niewymagające wstępnego wykrzepienia |  |
| 3. | Uszczelnienie nieulegające fragmentaryzacji |  |
| 4. | Możliwość łączenia jonowego powleczenia uszczelniającego zarówno z antybiotykiem i heparyną |  |
| 5. | Struktura dziana redukująca rozszerzanie się protezy po wszczepieniu do minimum (niezbędne poświadczenie w świadectwie rejestracji) |  |
| 6. | Zaopatrzone w zewnętrzne przędze ułatwiające napełzanie tkanki łącznej i wgojenie się protezy / jednostronnie welurowane /. |  |
| 7. | Posiadające koncentryczne karbowanie podłużne wskaźniki dla właściwego umiejscowienia protez. |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

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

 / miejscowość, data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu

**Załącznik nr 1-A-4 do SIWZ**

**(do zadania nr 4)**

**Parametry techniczne -Protezy naczyniowe - Zadanie nr 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne - protezy naczyniowe** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Proteza naczyniowa dziana, impregnowana solami srebra. |  |
| 2. | Przepuszczalność poniżej 5ml/cm/min. |  |
| 3. | Zaopatrzone w zewnętrzne przędze ułatwiające napełzanie tkanki łącznej i wgojenie się protezy / jednostronnie welurowane /. |  |
| 4. | Posiadające koncentryczne karbowanie podłużne wskaźniki dla właściwego umiejscowienia protez. |  |
| 5. | Protezy uszczelniane, niewymagające wstępnego wykrzepienia |  |
| 6. | Największe uwalnianie srebra w ciągu 1 doby po implantacji, całkowite w ciągu 1 miesiąca po zabiegu. |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

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

 / miejscowość, data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych

 w dokumencie, uprawnionej/uprawnionych

 do występowania w obrocie prawnym,

 reprezentowania Wykonawcy i składania

 świadczeń woli w jego imieniu