**Załącznik nr 1A-1 do SIWZ**

**(do zadania nr 1)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów okrężnych prostych i zakrzywionych** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| **Stapler okrężny prosty** |
| 1. | **Stapler okrężny prosty jednorazowego użytku nr 25** |  |
| 2. | **Stapler okrężny prosty jednorazowego użytku nr 28-29** |  |
| 3. | **Stapler okrężny prosty jednorazowego użytku nr 32-33** |  |
| 4. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 5. | Wysokość otwartej zszywki: 5,0 mm-5,5 mm |  |
| 6. | Posiadanie skali docisku umożliwiającej bezpośrednią kontrolę jego siły przez chirurga |  |
| 7. | Dodatkowy trzpień jednorazowy do połączenia z główką staplera, umożliwiający przebicie się przez ścianę zespalanego narządu |  |
| **Stapler okrężny zakrzywiony** |
| 8. | **Stapler okrężny zakrzywiony jednorazowego użytku nr 21** |  |
| 9. | **Stapler okrężny zakrzywiony jednorazowego użytku nr 25-26** |  |
| 10. | **Stapler okrężny zakrzywiony jednorazowego użytku nr 28-29** |  |
| 11. | **Stapler okrężny zakrzywiony jednorazowego użytku nr 32-33** |  |
| 12. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 13. | Wysokość otwartej zszywki: 5,5 mm |  |
| 14. | Posiadanie skali docisku umożliwiającej bezpośrednią kontrolę jego siły przez chirurga |  |
| 15. | Dodatkowy trzpień jednorazowy do połączenia z główką staplera, umożliwiający przebicie się przez ścianę zespalanego narządu |  |
| 16. | Wymagana również wersja przedłużona minimum 50 cm |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-2 do SIWZ**

**(do zadania nr 2)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów do żylaków odbytu** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Stapler do żylaków odbytu metodą LONGO rozmiar 33 mm lub równoważny** |  |
| 2. | Stapler jednorazowy |  |
| 3. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 4. | Skala docisku automatycznego (mechanicznego) lub ręcznego |  |
| 5. | Zabezpieczenie przed powtórnym użyciem (blokada ostrza)  |  |
| 6. | Przezroczysty anoskop (do identyfikacji linii grzebieniastej) |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-3 do SIWZ**

**(do zadania nr 3)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów liniowych z nożem** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Stapler liniowy z nożem 55 mm-65 mm jednorazowego użytku** |  |
| 2. | **Magazynek do staplera liniowego z nożem 55 mm-65 mm** |  |
| 3. | Jałowy stapler musi być załadowany ładunkiem |  |
| 4. | Tytanowe zszywki |  |
| 5. | Możliwość zakupu pojedynczych sztuk |  |
| 6. | Musi posiadać możliwość wymiany magazynków (min. 2 przeładowania) |  |
| 7. | Wysokość zszywki po zamknięciu: 1,5 mm, 1,75 mm i 2,0 mm  |  |
| 8. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 9. | Zabezpieczenie przed kolejną aplikacją bez wymiany ładunku (blokada noża) |  |
| 10. | Posiadanie pozycji pośredniej, tj. pozycji częściowego zamknięcia staplera, umożliwiającej wypozycjonowanie tkanki przed zespoleniem |  |
| 11. | Zabezpieczenie przed ponownym wysuwaniem noża oraz zabezpieczenie przed odpaleniem staplera, jeśli dźwignia nie jest w pełni zamknięta |  |
| 12. | **Stapler liniowy z nożem 75 mm-85 mm jednorazowego użytku** |  |
| 13. | **Magazynek do staplera liniowego z nożem 75 mm-85 mm** |  |
| 14. | Jałowy stapler musi być załadowany ładunkiem |  |
| 15. | Tytanowe zszywki |  |
| 16. | Możliwość zakupu pojedynczych sztuk |  |
| 17. | Musi posiadać możliwość wymiany magazynków (min. 2 przeładowania) |  |
| 18. | Wysokość zszywki po zamknięciu: 1,5 mm, 1,75 mm i 2,0 mm  |  |
| 19. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 20. | Zabezpieczenie przed kolejną aplikacją bez wymiany ładunku (blokada noża) |  |
| 21. | Zabezpieczenie przed ponownym wysuwaniem noża oraz zabezpieczenie przed odpaleniem staplera, jeśli dźwignia nie jest w pełni zamknięta |  |
| 22. | Posiadanie pozycji pośredniej, tj. pozycji częściowego zamknięcia staplera, umożliwiającej wypozycjonowanie tkanki przed zespoleniem |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-4 do SIWZ**

**(do zadania nr 4)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów liniowych** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| **Stapler liniowy dwurzędowy bez noża 55 mm-60 mm i ładunki do niego** |
| 1. | **Stapler liniowy dwurzędowy bez noża 55 mm-60 mm jednorazowego użytku** |  |
| 2. | **Magazynek do staplera liniowego bez noża 55 mm-60 mm** |  |
| 3. | Stapler z automatycznym dociskiem tkanki lub ręcznym z kontrolą domknięcia |  |
| 4. | Jałowy stapler musi być załadowany ładunkiem |  |
| 5. | Musi posiadać możliwość ręcznego i mechanicznego wysunięcia ogranicznika tkanki |  |
| 6. | Wysokość zamkniętej zszywki: 2,0 mm  |  |
| 7. | Możliwość zakupu pojedynczych sztuk |  |
| 8. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 9. | Możliwość obsługi przez chirurga jedną ręką |  |
| 10. | Musi posiadać możliwość wymiany magazynków (min. 2 przeładowania) |  |
| **Stapler liniowy dwurzędowy bez noża 90 mm i ładunki do niego** |
| 11. | **Stapler liniowy dwurzędowy bez noża 90 mm jednorazowego użytku** |  |
| 12. | **Magazynek do staplera liniowego bez noża 90 mm** |  |
| 13. | Stapler z automatycznym dociskiem tkanki lub ręcznym z kontrolą domknięcia |  |
| 14. | Jałowy stapler musi być załadowany ładunkiem |  |
| 15. | Musi posiadać możliwość ręcznego i mechanicznego wysunięcia ogranicznika tkanki |  |
| 16. | Wysokość zamkniętej zszywki: 2,0 mm  |  |
| 17. | Możliwość zakupu pojedynczych sztuk |  |
| 18. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 19. | Możliwość obsługi przez chirurga jedną ręką |  |
| 20. | Musi posiadać możliwość wymiany magazynków (min. 2 przeładowania) |  |
| **Stapler linowy do niskiego zamknięcia odbytnicy** |
| 21. | **Stapler liniowy do niskiego zamknięcia odbytnicy** |  |
| 22. | Stapler z automatycznym dociskiem |  |
| 23. | Jałowy stapler musi być załadowany ładunkiem |  |
| 24. | Jednorazowy, bez możliwości przeładowania |  |
| 25. | Linia zespolenia 39 mm (dla tej długości wymagane 4 rzędy zszywek, dwie dźwignie: zamykająca i spustowa) albo 55 mm (dla tej długości wymagana możliwość złamania i rotacji głowicy stapler) |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

....................................……..…… ………..………………………………………………..……… (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-5 do SIWZ**

**(do zadania nr 5)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów skórnych** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Stapler skórny na 35 zszywek** |  |
| 2. | **Narzędzia do ściągania klipsów skórnych jednorazowego użytku** |  |
| 3. | Stapler skórny musi być jednorazowy |  |
| 4. | Musi posiadać 35 zszywek |  |
| 5. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości |  |
| 6. | Kontrola zużycia zszywek |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-6 do SIWZ**

**(do zadania nr 6)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów naczyniowych i trokarów** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Stapler naczyniowy 45 mm jednoczęściowy jednorazowego użytku do chirurgii transplantacji wątroby trzyrzędowy z nożem wraz z magazynkiem** |  |
| 2. | **Magazynek do staplera z punktu nr 1** |  |
| 3. | **Trokar ostrzowy jednorazowy o średnicy 12,9 mm, dł. 100 mm** |  |
| 4. | Stapler jednoczęściowy, nóż tnący w staplerze |  |
| 5. | Stapler załadowany magazynkiem |  |
| 6. | Długość ramienia staplera: 280 mm |  |
| 7. | Musi posiadać rotikulującą główkę (możliwość obrotu ramienia staplera) |  |
| 8. | Musi posiadać możliwość wygięcia głowicy staplera |  |
| 9. | Musi prowadzić dwa potrójne rzędy zszywek, a po środku nóż |  |
| 10. | Wymagana wysokość otwartej zszywki: 2,5 mm  |  |
| 11. | Staplery i magazynki muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |
| 12. | Mechanizm w ładunku blokujący powtórne jego użycie |  |
| 13. | Trokar umożliwiający wprowadzenie narzędzi od 4,7 mm do 12,9 mm bez konieczności stosowania dodatkowych redukcji, wyposażony w dwie niezależne od siebie uszczelki |  |
| 14. | Trokar kompatybilny ze staplerem naczyniowym 45 mm |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-7 do SIWZ**

**(do zadania nr 7)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne klipsownic automatycznych** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Klipsownica automatyczna 23-25 cm jednorazowego użytku** **z magazynkiem klipsów małych (minimum 20 sztuk) do chirurgii otwartej** |  |
| 2. | Klipsownica jednorazowa |  |
| 3. | Gotowa do użycia, zawierająca minimum 20 klipsów |  |
| 4. | Klipsy tytanowe |  |
| 5. | Klipsownice muszą posiadać odpowiednie oznaczenia wielkości klipsów |  |
| 6. | Klipsownice muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |
| 7. | Możliwość kontroli aktualnej ilości zszywek w klipsownicy |  |
| 8. | Wysokość klipsa: od 2,8 mm do 3,5 mm |  |
| 9. | Automatyczne ładowanie klipsa |  |
| 10. | **Klipsownica automatyczna 23-25 cm jednorazowego użytku z magazynkiem klipsów średnich (minimum 20 sztuk) do chirurgii otwartej** |  |
| 11. | Klipsownica jednorazowa |  |
| 12. | Gotowa do użycia, zawierająca minimum 20 klipsów |  |
| 13. | Klipsy tytanowe |  |
| 14. | Klipsownice muszą posiadać odpowiednie oznaczenia wielkości klipsów |  |
| 15. | Klipsownice muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |
| 16. | Możliwość kontroli aktualnej ilości zszywek w klipsownicy |  |
| 17. | Wysokość klipsa: od 3,5 mm do 5,5 mm |  |
| 18. | Automatyczne ładowanie klipsa |  |
| 19. | **Klipsownica automatyczna 23-25 cm jednorazowego użytku z magazynkiem klipsów średnio-dużych (minimum 20 sztuk) do chirurgii otwartej** |  |
| 20. | Klipsownica jednorazowa |  |
| 21. | Gotowa do użycia, zawierająca minimum 20 klipsów |  |
| 22. | Klipsy tytanowe |  |
| 23. | Klipsownice muszą posiadać odpowiednie oznaczenia wielkości klipsów |  |
| 24. | Klipsownice muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące) |  |
| 25. | Możliwość kontroli aktualnej ilości zszywek w klipsownicy |  |
| 26. | Wysokość klipsa: od 3,5 mm do 5,5 mm |  |
| 27. | Automatyczne ładowanie klipsa |  |
| 28. | **Klipsownica automatyczna 23-25 cm jednorazowego użytku z magazynkiem klipsów dużych (minimum 20 sztuk) do chirurgii otwartej** |  |
| 29. | Klipsownica jednorazowa |  |
| 30. | Gotowa do użycia, zawierająca minimum 15 klipsów |  |
| 31. | Klipsy tytanowe |  |
| 32. | Klipsownice muszą posiadać odpowiednie oznaczenia wielkości klipsów |  |
| 33. | Klipsownice muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |
| 34. | Możliwość kontroli aktualnej ilości zszywek w klipsownicy |  |
| 35. | Automatyczne ładowanie klipsa |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-8 do SIWZ**

**(do zadania nr 8)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne klipsów polimerowych oraz dzierżawionych klipsownic** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Klipsy polimerowe bardzo duże i duże** |  |
| 2. | **Dzierżawa klipsownicy laparoskopowej wielorazowego użytku do klipsów bardzo dużych i dużych** |  |
| 3. | Klipsownice do sterylizacji parowej |  |
| 4. | Klipsownice kompatybilne z posiadanymi przez Zamawiającego trokarami 11 mm firmy Aesculap Chifa |  |
| 5. | Klipsy jednorazowego użytku  |  |
| 6. | Klipsy jałowe, data ważności na opakowaniu |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-9 do SIWZ**

**(do zadania nr 9)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne klipsów tytanowych oraz dzierżawionych klipsownic** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Klipsy tytanowe małe** |  |
| 2. | **Klipsy tytanowe średnie** |  |
| 3. | **Klipsy tytanowe średnio-duże**  |  |
| 4. | **Klipsy tytanowe średnio-duże do laparoskopii** |  |
| 5. | **Klipsy tytanowe duże** |  |
| 6. | **Dzierżawa klipsownicy wielorazowego użytku do chirurgii otwartej 20-23 cm do klipsów małych** |  |
| 7. | **Dzierżawa klipsownicy wielorazowego użytku do chirurgii otwartej 20-23 cm do klipsów średnich** |  |
| 8. | **Dzierżawa klipsownicy wielorazowego użytku do chirurgii otwartej 20-23 cm do klipsów średnio-dużych** |  |
| 9. | **Dzierżawa klipsownicy wielorazowego użytku do chirurgii otwartej 20-23 cm do klipsów dużych** |  |
| 10. | **Dzierżawa klipsownicy wielorazowego użytku do chirurgii otwartej 24-30 cm do klipsów średnio-dużych** |  |
| 11. | **Dzierżawa klipsownicy laparoskopowej wielorazowego użytku do klipsów średnio-dużych** |  |
| 12. | **Dzierżawa klipsownicy laparoskopowej wielorazowego użytku do klipsów dużych** |  |
| 13. | Klipsy tytanowe |  |
| 14. | Kolor magazynku zgodny z kolorem klipsownicy według rozmiaru |  |
| 15. | Różnorodność kolorystyczna opakowania zewnętrznego według rozmiarów lub według wielkości magazynka |  |
| 16. | Magazynki muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości |  |
| 17. | Szczęki klipsownicy lekko zagięte (kąt zagięcia: 20-30°) |  |
| 18. | Klipsownice laparoskopowe lekko zagięte (kąt zagięcia: 20-30°), kompatybilne z posiadanymi przez Zamawiającego trokarami 11 mm firmy Aesculap Chifa |  |
| 19. | Klipsy tytanowe zamykane „oczkowo” poprzez zetknięcie końców ramion klipsa, a następnie zwarcie ramion na całej długości, co prowadzi do uchwycenia struktury anatomicznej, bez możliwości jej wymknięcia w momencie zamykania klipsa |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-10 do SIWZ**

**(do zadania nr 10)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne klipsów do klipsownicy laparoskopowej oraz dzierżawionych klipsownic** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Magazynki klipsów średnio-małych (12 sztuk) do klipsownicy laparoskopowej automatycznej wielorazowego użytku** |  |
| 2. | **Magazynki klipsów średnio-dużych (8 sztuk) do klipsownicy laparoskopowej automatycznej wielorazowego użytku** |  |
| 3. | **Dzierżawa klipsownicy laparoskopowej automatycznej wielorazowego użytku o długości od 310 mm do 350 mm do klipsów średnio-małych**  |  |
| 4. | **Dzierżawa klipsownicy laparoskopowej automatycznej wielorazowego użytku o długości od 310 mm do 370 mm do klipsów średnio-dużych**  |  |
| 5. | Klipsy tytanowe zamykane „oczkowo” poprzez zetknięcie końców ramion klipsa, a następnie zwarcie ramion na całej długości, co prowadzi do uchwycenia struktury anatomicznej, bez możliwości jej wymknięcia w momencie zamykania klipsa |  |
| 6. | Magazynek (8-12 klipsów) dla klipsów średnio-małych o wymiarach maksymalnych otwarcia klipsa: długość - 4,0 mm, rozwartość ramion - 4,5 mm |  |
| 7. | Magazynek (8-12 klipsów) dla klipsów średnio-dużych o wymiarach maksymalnych otwarcia klipsa: długość - 7,9 mm, rozwartość ramion - 8,1 mm |  |
| 8. | Różnorodność kolorystyczna według rozmiarów lub według wielkości magazynka |  |
| 9. | Klipsownice laparoskopowe muszą być rozbieralne i kompatybilne z trokarami, które posiada Zamawiający:- małe z trokarem 5 mm- średnie z trokarem 10-11 mm |  |
| 10. | Możliwość sterylizacji parowej dzierżawionych klipsownic wielorazowego użytku |  |
| 11. | Magazynki muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości |  |
| 12. | Opakowanie podwójne z datą ważności naniesioną na opakowaniu zewnętrznym oraz wewnętrznym |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-11 do SIWZ**

**(do zadania nr 11)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne trokarów i igły Veresa** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| **Trokar jednorazowego użytku** |
| 1. | **Trokar bezpieczny (bezostrzowy) 5 mm jednorazowego użytku**  |  |
| 2. | **Trokar bezpieczny (bezostrzowy) 12 mm jednorazowego użytku**  |  |
| 3. | Trokar 12 mm musi posiadać zintegrowaną redukcję do narzędzi 5mm |  |
| 4. | Trokary jałowe |  |
| 5. | Możliwość zakupu pojedynczych sztuk |  |
| 6. | Data sterylizacji na opakowaniu (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |
| 7. | Żebrowana kaniula |  |
| **Igła Veresa** |
| 8. | **Igła Veresa 150 mm jednorazowego użytku jałowa** |  |
| 9. | Igła jednorazowego użytku |  |
| 10. | Możliwość zakupu pojedynczych sztuk |  |
| 11. | Data sterylizacji na opakowaniu (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-13 do SIWZ**

**(do zadania nr 13)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne gumek do podciągania naczyń** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Gumka do podciągania naczyń 2,0-2,5 mm dł. 65-75 cm czerwona, niebieska, żółta, biała (do wyboru przez Zamawiającego)** |  |
| 2. | Wymiary: 2,0-2,5 mm, dł. 65-75 cm, pakowane pojedynczo  |  |
| 3. | Czytelne oznakowanie sterylności  |  |
| 4. | Różnorodność kolorystyczna opakowania zewnętrznego w zależności od jego zawartości |  |
| 5. | Gumki muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-16 do SIWZ**

**(do zadania nr 16)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne narzędzia laparoskopowego do fiksacji siatki przepuklinowej** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Narzędzie laparoskopowe do fiksacji siatki przepuklinowej** |  |
| 2. | Narzędzie jednorazowe załadowane 25 klipsami  |  |
| 3. | Długość 36cm, kompatybilne z trokarem o średnicy 5 mm |  |
| 4. | Klipsy wchłanialne, wchłanianie 180-210 dni |  |
| 5. | Narzędzie musi być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |
| 6. | Możliwość zakupu pojedynczych sztuk |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-19 do SIWZ**

**(do zadania nr 19)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów liniowych** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| **Stapler liniowy i zszywki do niego** |
| 1. | Stapler liniowy jednorazowego użytku |  |
| 2. | Stapler z automatycznym dociskiem tkanki  |  |
| 3. | Bilateralnie spłaszczone zszywki o wysokości 3,5 mm i 4,8 mm |  |
| 4. | Z możliwością ręcznego i mechanicznego wysunięcia organicznika tkanki. |  |
| 5. | Z pojedynczą dźwignią zamykającą i aktywującą narzędzie. |  |
| 6. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |
| 7. | Możliwość obsługi przez chirurga jedną ręką |  |
| 8. | Musi posiadać możliwość wymiany magazynków (min. 2 przeładowania) |  |
| **Stapler naczyniowy i zszywki do niego** |
| 9. | Stapler naczyniowy jednorazowego użytku |  |
| 10. | Trzy rzędy bilateralnie spłaszczonych zszywek o wysokości 2,5 mm |  |
| 11. | Stapler z automatycznym dociskiem tkanki  |  |
| 12. | Zamkniecie linii szycia |  |
| 13. | Musi posiadać możliwość ręcznego i mechanicznego wysunięcia ogranicznika tkanki |  |
| 14. | Z pojedynczą dźwignią zamykającą i aktywującą narzędzie. |  |
| 15. | Możliwość obsługi przez chirurga jedną ręką |  |
| 16. | Staplery muszą być jałowe i na opakowaniu zawierać czytelną datę terminu jałowości (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia), kod produktu oraz nazwę producenta |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-20 do SIWZ**

**(do zadania nr 20)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne staplerów okrężnych z systemem trans oralnym**  | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | **Stapler okrężny zakrzywiony jednorazowego użytku 21 mm i 25 mm (do wyboru przez Zamawiającego)** |  |
| 2. | **Trans oralny system wprowadzania główki do okrężnego staplera laparoskopowego (wersja przedłużona) 21 mm i 25 mm (do wyboru przez Zamawiającego)** |  |
| 3. | Stapler z automatycznym dociskiem oraz łamanym kowadełkiem |  |
| 4. | Bilateralnie spłaszczone zszywki o wysokości 4,8 mm (do tkanki grubej) oraz 3,5 mm (do tkanki normalnej) |  |
| 5. | Stapler z przedłużoną częścią roboczą o długości 35 cm |  |
| 6. | Jednorazowe, powinny posiadać datę ważności na opakowaniu (min. 24 miesiące od dnia dostarczenia) |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1A-22 do SIWZ**

**(do zadania nr 22)**

**WYMAGANE WARUNKI GRANICZNE**

**Dostawa sprzętu medycznego jednorazowego użytku do zabiegów chirurgicznych dla SPWSZ w Szczecinie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne endostaplerów** | **Potwierdzenie****spełnienia warunków granicznych****(TAK/NIE)\*** |
| 1. | Kompatybilne z trokarem 10-15 mm |  |
| 2. | Rączka staplera uniwersalna, umożliwiająca pracę ze wszystkimi rodzajami ładunków. |  |
| 3. | Wszystkie ładunki ze zintegrowanym nożem tnącym i sześcioma rzędami zszywek. |  |

**\*Uwaga!**

1. **Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi „TAK” lub „NIE” – dla potwierdzenia spełnienia wymaganego parametru/warunku. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” Zamawiający sugeruje wpisanie w powyższej tabeli numer strony na której znajduje się potwierdzenie oferowanego parametru (katalogu lub folderu, stron katalogowych, ulotek informacyjnych lub oferty),**
3. **Zamawiający sugeruje, aby celem ułatwienia potwierdzenia oferowanego parametru Wykonawca w załączonych do oferty dokumentach opisujących przedmiot zamówienia** **(katalog lub folder, strony katalogowe, ulotki informacyjne), sporządzonych w języku polskim, wskazał w nich oferowany asortyment, podając numer zadania i pozycji w zadaniu,**

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania

 oświadczeń woli w jego imieniu)