Załącznik nr 7 do SIWZ

**PAKIET 1:**

- wykroje do unieruchamiania głowy i szyi – 350 sztuk;

- wykroje do unieruchamiania głowy – 400 sztuk;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Oceniany parametr/warunek** | **Wartość wymagana**  **(GRANICZNA)** | **Odpowiedź Oferenta** |
| 1 | Wykroje termoplastyczne kompatybilne z systemem unieruchamiania Orfit lub równoważne – uchwyty mocujące w kształcie litery „L” | TAK |  |
| 2 | Wykroje termoplastyczne:  -z pięcioma punktami mocowania do unieruchamiania głowy i szyi  - z trzema punktami mocowania do unieruchamiania głowy | TAK |  |
| 3 | Grubość wykroju od 2mm do 2,4mm; | TAK |  |
| 4 | Uchwyty z rączką ułatwiającą zapinanie i odpinanie wykroju | TAK |  |
| 5 | Krawędzie wykrojów zabezpieczone przed uszkodzeniami skóry pacjentów | TAK |  |
| 6 | Materiał o mikro perforacji | TAK |  |
| 7 | Wykroje termoplastyczne z powłoką antybakteryjną wraz z jej opisem | TAK |  |
| 8 | Po wykonaniu maski brak kurczliwości materiału w funkcji czasu | TAK |  |
| 9 | Możliwość formowania wykonanych już masek za pomocą nagrzewnicy strumieniowej lub basenu do termoplastów bez utraty ich właściwości fizycznych | TAK |  |
| 10 | Oferta powinna zawierać dozymetryczną charakterystykę produktu, informację o parametrach wykonania maski oraz warunkach przechowywania wykrojów | TAK |  |
| 11 | Gwarancja na wykroje | 2 lata |  |
| 12 | Udostępnienie próbek wykrojów dla zamawiającego (1 próbka wykroju trzypunktowego i 1 próbka wykroju pięciopunktowego) | TAK |  |

Miejscowość, data .................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy

**PAKIET 2**

ZNACZNIKI SKÓRNE STOSOWANE PODCZAS TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ DO PLANOWANIA LECZENIA WIĄZKAMI ZEWNĘTRZNYMI – 5000szt.

Miejscowość, data .................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Oceniany parametr/warunek** | **Wartość wymagana**  **(GRANICZNA)** | **Odpowiedź Oferenta** |
| 1. | W formie kulek przyklejanych do powierzchni skóry o średnicy od 2mm do 2,5mm | TAK |  |
| 2. | Nie zawierają ołowiu | TAK |  |
| 3. | Dobrze widoczne na obrazach tomograficznych | TAK |  |
| 4. | Nie dają artefaktów na obrazach tomograficznych | TAK |  |
| 5. | Nie przesuwają się po przyklejeniu na pacjencie | TAK |  |
| 6. | Dobrze przylegają do skóry i nie odklejają się | TAK |  |
| 7. | Udostępnienie próbek – 3szt. | TAK |  |

**PAKIET 3**

BOLUSY TKANKOPODOBNE WYKONANE Z MATERIAŁU TERMOPLASTYCZNEGO – 30 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Oceniany parametr/warunek** | **Wartość wymagana**  **(GRANICZNA)** | **Odpowiedź Oferenta** |
| 1. | Wymiary 0,48-0,50cmx30cmx30cm | TAK |  |
| 2. | Możliwość wielokrotnego modelowania | TAK |  |
| 3. | Przedstawienie parametrów modelowania oraz charakterystyki dozymetrycznej bolusów | TAK |  |
| 4. | Materiał nie przywiera do płaszczyzny przylegania | TAK |  |
| 5. | Bolusy wykonane z materiału litego | TAK |  |
| 6. | Udostępnienie próbki 1 szt. | TAK |  |

Miejscowość, data .................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy

**PAKIET 4**

WYKROJE DEDYKOWANE DO STEREOTAKSJI ŚRÓDCZASZKOWEJ

20 SZTUK

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Oceniany parametr/warunek** | **Wartość wymagana**  **(GRANICZNA)** | **Odpowiedź Oferenta** |
| 1 | Wykroje termoplastyczne kompatybilne z systemem unieruchamiania Orfit lub równoważne – uchwyty mocujące w kształcie litery „L” | TAK |  |
| 2 | Wykroje termoplastyczne z pięcioma punktami mocowania | TAK |  |
| 3 | Grubość wykroju od 2,4mm do 3,2mm | TAK |  |
| 4 | Uchwyty z rączką ułatwiającą zapinanie i odpinanie wykroju | TAK |  |
| 5 | Krawędzie wykrojów zabezpieczone przed uszkodzeniami skóry pacjentów | TAK |  |
| 6 | Wykroje dedykowane do stereotaksji śródczaszkowej | TAK |  |
| 7 | Wykroje o wzmocnionej strukturze w stosunku do standardowych wykrojów, o zmiennej perforacji ze wzmocnieniami w istotnych punktach przylegania | TAK |  |
| 8 | Po wykonaniu maski brak kurczliwości materiału w funkcji czasu | TAK |  |
| 9 | Możliwość formowania wykonanych już masek za pomocą nagrzewnicy strumieniowej lub basenu do termoplastów bez utraty ich właściwości fizycznych | TAK |  |
| 10 | Oferta powinna zawierać dozymetryczną charakterystykę produktu, informację o parametrach wykonania maski oraz warunkach przechowywania wykrojów | TAK |  |
| 11 | Gwarancja na wykroje | 2 lata |  |
| 12 | Udostępnienie próbek wykrojów dla zamawiającego (1 próbka) | TAK |  |

Miejscowość, data .................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy

**PAKIET 5**

MATERACE PRÓŻNIOWE DO STABILIZACJI PACJENTÓW NAPROMIENIANYCH W REJONIE KLATKI PIERSIOWEJ – 4 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Oceniany parametr/warunek** | **Wartość wymagana**  **(GRANICZNA)** | **Odpowiedź Oferenta** |
| 1. | Wymiary 100 cm x 80 cm | TAK |  |
| 2. | Wentyl typu Civco lub równoważny | TAK |  |
| 3. | Wielokrotnegoużytku | TAK |  |
| 4. | Łatwe do dezynfekcji | TAK |  |

Miejscowość, data .................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania wykonawcy