**Załącznik nr 1.5 do formularza cenowego**

**PAKIET NR 5**

**Aparat do pomiaru krzepliwości krwi – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane**  *(podać zakres lub opisać)* |
| 1. | Nazwa: Aparat do pomiaru krzepliwości krwi | Podać |  |
| 2. | Producent | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji nie starszy niż 2019, urządzenie fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| 5. | Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę, zainstalowanie, pierwsze uruchomienie i serwisowanie oraz szkolenia personelu | TAK |  |
|  | **Opis asortymentu** |  |  |
| 1. | Wykonywanie testów na ACT dla krwi całkowitej dla pacjentów monitorowanych w związku z terapią heparynową | TAK |  |
| 2. | Podwójny detektor magnetyczny | TAK |  |
| 3. | Jedna komora pomiarowa | TAK |  |

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego (określonego w kolumnie „Parametry wymagane” jako „TAK”) skutkować będzie odrzuceniem oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.*

……………………………….

(podpis/popisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych

do reprezentowania wykonawcy)