**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
/FORMULARZ OFERTY**

**Filtr** **laboratoryjny do preparatyki ubogoleukocytarnej KKCz – w ilości 2250 szt.**

**Nazwa handlowa oferowanego produktu: …………………………………………………….**

**Nr ref.: ……………………………………………………...……………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Charakterystyka produktu(minimalne wymagania zamawiającego)** | **Potwierdzenie spełniania wymagań (wpisać TAK lub NIE)** |
|  | Zestawy jałowe, apirogenne, jednorazowego użytku, szczelnie zapakowane, będące zamkniętym układem połączonych drenami elementów:* filtr leukocytarny do filtrowania KKCz zapewniający liczbę pozostałych w składniku leukocytów poniżej 1 x 106,
* pojemnik odbiorczy o pojemności 500-600 ml do przechowywania uzyskanego UKKCz
 |  |
|  | Filtry wyposażone w system odpowietrzania typu by-pass lub system analogiczny funkcjonalnie do układu by-pass umożliwiający filtrację w układzie zamkniętym w postaci dwóch króćców odpowietrzających z filtrami antybakteryjnymi, |  |
|  | Pojemnik transportowy połączony integralnie z filtrem, |  |
|  | Pojemnik odbiorczy oznakowany kodem produktu, numerem serii, datą ważności i znakiem CE, (dopuszcza się umieszczenie daty ważności na opakowaniu zestawu) |  |
|  | Strata erytrocytów mniejsza niż 15%, |  |
|  | Filtry nie mogą uwalniać do krwi substancji fizycznych i chemicznych oraz nie mogą powodować hemolizy, |  |
|  | Oferowane pojemniki muszą być oznakowane znakiem CE zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami zawartymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. |  |
|  | Filtry muszą spełniać wymogi obecnie obowiązującej wersji monografii Farmakopea Europejska. |  |
|  | Termin ważności filtrów – min. 12 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego. |  |

 *…….……………………………………………..………………….*

***podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania wykonawcy***