Załącznik nr 9 do SIWZ

**Opis przedmiotu zamówienia – parametry**

**Zadanie nr 1 -** Rękawice diagnostyczne lateksowe niesterylne, bezpudrowe (niepudrowane), jednorazowe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Wymagany** | **Zaoferowany –podać lub opisać** |
| 1. | Nazwa produktu handlowa/nr katalogowy | Tak, podać |  |
| 2. | Nazwa producenta, nazwa dystrybutora  | Tak, podać |  |
| 3. | Dokument dopuszczający przedmiot zamówienia- CE | Tak, podać |  |
| 4. | Klasa wyrobu | Tak, podać |  |
| 5. | Surowiec- lateks kauczuku naturalnego | Tak, podać |  |
| 6. | Poziom protein poniżej lub równe 50 µg/g | Tak, podać |  |
| 7. | Kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń | Tak, podać |  |
| 8. | Grubość rękawicy (pojedyncza ścianka) w części palca: 0,11 mm do 0,13 mm | Tak, podać |  |
| 9. | Długość rękawicy min. 240 mm | Tak, podać |  |
| 10. | Wykończenie brzegu mankietu równomiernie zrolowane | Tak, podać |  |
| 11. | Rozmiar rękawic XS, S, M, L, XL - do wyboru | Tak |  |
| 12. | Poziom max AQL 1,5 | Tak, podać |  |
| 13. | Karty katalogowe potwierdzające parametry dotyczące szczelności rękawic, grubości pojedynczej ścianki palca rękawicy oraz poziomu protein. | Tak, przesłać na wezwanie |  |
| 14. | Zgodne z normą EN 455-1, 2, 3, 4 EN 420 | Tak, przesłać na wezwanie |  |
| 15. | Średnia siła potrzebna do rozerwania przed starzeniem min. 8N, po starzeniu min. 6N | Tak |  |
| 16. | Oznakowanie opakowania jednostkowego: nazwa producenta/wytwórcy, nazwa rękawic, rodzaj, rozmiar, data produkcji, ilość sztuk, numer serii, data przydatności do użytku, poziom AQL, piktogramy, kod EAN | Tak |  |
| 17. | Opakowanie jednostkowe rękawic a’ - 100 sztuk | Tak |  |
| 18. | Rękawica spełniająca wymogi środka ochrony indywidualnej kategorii III typ B | Tak, przesłać na wezwanie certyfikat niezależnej jednostki potwierdzający wymagany parametr |  |
| 19. | EN 16 523/EN ISO 374-1  | Tak, przesłać na wezwanie  |  |
| 20 | Badania na przenikanie wirusów wg ASTM F1671 wystawione przez jednostkę niezależną nie starsze niż z 2016 r. | Tak/Nie – podać(w przypadku odpowiedzi pozytywnej przesłać na wezwanie) |  |
| 21 | Badania na przenikanie krwi syntetycznej wg ASTM F1670 wystawione przez jednostkę niezależną nie starsze niż z 2016 r | Tak/Nie - podać(w przypadku odpowiedzi pozytywnej przesłać na wezwanie) |  |

………………………………………

 *Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**Zadanie nr 2 -** Rękawice diagnostyczne nitrylowe bezpudrowe (niepudrowane), niesterylne, jednorazowe.

Rękawice diagnostyczne - nitrylowe bezpudrowe (niepudrowane), niesterylne, jednorazowe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Wymagany** | **Zaoferowany podać lub opisać** |
| 1. | Nazwa produktu handlowa/nr katalogowy | Tak, podać |  |
| 2. | Nazwa producenta, nazwa dystrybutora  | Tak, podać |  |
| 3. | Dokument dopuszczający przedmiot zamówienia- CE | Tak, podać |  |
| 4. | Surowiec- nitryl (kauczuk nitrylowy) | Tak |  |
| 5. | Teksturowane końcówki palców | Tak |  |
| 6. | Kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń | Tak, podać |  |
| 7. | Długość rękawicy min. 240 mm, Grubość rękawicy (pojedyncza ścianka) palca: 0,09 mm do 0,12 mm | Tak, podać |  |
| 8. | Dopuszczone do kontaktu z żywnością | Tak, przesłać na wezwanie stosowny dokument |  |
| 9. | Polimeryzowane | Tak, przesłać na wezwanie stosowny dokument na fakt polimeryzacji rękawic |  |
| 10. | Rozmiar rękawic XS, S, M, L, XL - do wyboru | Tak |  |
| 11. | Poziom AQL max 1,0 | Tak, podać |  |
| 12. | Karty katalogowe potwierdzające parametry dotyczące szczelności rękawic, grubości pojedynczej ścianki palca rękawicy oraz siły zrywania rękawicy przed starzeniem | Tak, przesłać na wezwanie |  |
| 13. | Zgodne z normą PN EN 455-1, 2, 3, 4, EN 420, | Tak, przesłać na wezwanie stosowne dokumenty |  |
| 14. | Średnia siła potrzebna do rozerwania przed starzeniem min. 8N,  | Tak |  |
| 15. | Oznakowanie opakowania jednostkowego: nazwa producenta/wytwórcy, nazwa rękawic, rodzaj, rozmiar, data produkcji, ilość sztuk, numer serii, data przydatności do użytku , poziom AQL, piktogramy, kod EAN | Tak |  |
| 16. | Opakowanie jednostkowe rękawic a’ - 100 sztuk | Tak |  |
| 17. | Rękawica spełniająca wymogi środka ochrony indywidualnej kategorii III typ B | Tak, przesłać na wezwanie certyfikat niezależnej jednostki potwierdzający wymagany parametr |  |
| 18. | Badania na przenikanie cytostatyków min. 7 substancji, w tym min. Cyklofosfamid (endoxan lub cytoxan), Etoposid, Cisplatuin, Doxorubicin, Paclitaxel, Fluorouracil | Tak podać ilość substancji oraz nazwy, przesłać na wezwanie stosowne dokumenty, |  |
| 19 | Zgodnie z normą EN 16523 na przenikanie 40% Wodorotlenku Sodu (poziom 6), 30% Nadtlenku Wodoru (poziom 1), 37% Roztworu Formaldehydu (poziom 3) i potwierdzenie powyższego certyfikatem jednostki notyfikowanej | Tak, przesłać na wezwanie, podać ilość substancji i nazwy |  |
| 20 | Badania na przenikanie wirusów wg ASTM F1671 wystawione przez jednostkę niezależną nie starsze niż 2016 | Tak/Nie - podać(w przypadku odpowiedzi pozytywnej przesłać na wezwanie |  |
| 21 | Badania na przenikanie krwi syntetycznej wg ASTM F1670 wystawione przez jednostkę niezależną nie starsze niż z 2016 r | Tak/Nie - podać(w przypadku odpowiedzi pozytywnej przesłać na wezwanie) |  |

 *……………………………………………..*

 *Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**Zadanie nr 3 -** Rękawice diagnostyczne – winylowe bezpudrowe (niepudrowane), niesterylne.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Wymagany** | **Zaoferowany podać lub opisać** |
| 1. | Nazwa produktu handlowa/nr katalogowy | Tak, podać |  |
| 2. | Nazwa producenta, nazwa dystrybutora  | Tak, podać |  |
| 3. | Dokument dopuszczający przedmiot zamówienia- CE | Tak, podać |  |
| 4. | Materiał rękawiczki – polichlorek winylu | Tak |  |
| 5. | Wykończenie brzegu mankietu równomiernie zrolowane | Tak |  |
| 6. | Kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń | Tak |  |
| 7. | Długość rękawicy min. 240 mm | Tak |  |
| 8. | Średnia grubość palca – pojedyncza ścianka: min. 0,11 mm | Tak, przesłać na wezwanie |  |
| 9. | Rozmiar rękawic XS, S, M, L, XL - do wyboru | Tak |  |
| 10. | Poziom max. AQL 1,0 | Tak, podać |  |
| 11. | Karty Katalogowe potwierdzające parametry dotyczące szczelności rękawic, grubości pojedynczej ścianki palca rękawicy  | Tak, przesłać na wezwanie |  |
| 12. | Zgodne z normą EN 455-1, 2, 3, 4  | Tak, przesłać na wezwanie |  |
| 13. | Rękawica zgodna z EN 16523 lub równoważna | Tak, przesłać na wezwanie dokument niezależnej jednostki potwierdzający wymagany parametr |  |
| 14. | Oznakowanie opakowania jednostkowego: nazwa producenta/wytwórcy, nazwa rękawic, rodzaj, rozmiar, data produkcji, ilość sztuk, numer serii, data przydatności do użytku, poziom AQL, piktogramy, kod EAN | Tak |  |
| 15. | Opakowanie jednostkowe rękawic a’- 100 sztuk | Tak |  |
| 16. | Rękawica spełniająca wymogi środka ochrony indywidualnej kategorii III typ B – certyfikat niezależnej jednostki  | Tak, przesłać na wezwanie certyfikat niezależnej jednostki potwierdzający wymagany parametr |  |
| 17 | Badania na przenikanie wirusów wg ASTM F1671 wystawione przez jednostkę niezależną nie starsze niż z 2016 r. | Tak/Nie - podać(w przypadku odpowiedzi pozytywnej przesłać na wezwanie) |  |
| 18 | Badania na przenikanie krwi syntetycznej wg ASTM F1670 wystawione przez jednostkę niezależną nie starsze niż z 2016 r | Tak/Nie - podać(w przypadku odpowiedzi pozytywnej przesłać na wezwanie) |  |

……………………………………

 *Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania Wykonawcy*