**Załącznik nr 3 do SWZ**

**WYKAZ PRÓBEK**

**do przetestowania w postępowaniu na dostawę jednorazowych sterylnych mikrocewników do zabiegów kanaloplastyki**

**NAZWA WYKONAWCY………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PRODUKT - CHARAKTERYSTYKA** | **Ilość szt.****wymagana** | **Ilość szt.****dostarczona** | **Oferowany produkt****typ/nr kat.** | **Numer serii****i data ważności**/jeśli dotyczy/ | **Producent**(nazwa, kraj pochodzenia) | **WYCENA PRÓBEK** |
| **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość** **brutto** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **1** | **Jednorazowy, sterylny zestaw:** mikrocewnik do kanaloplastyki 250 mikronów z wbudowaną końcówką do podaży wiskoelastyku oraz z wbudowanym światłowodem z atraumatyczną końcówką.Zestaw zawiera cewnik i wkręcany iniektor do wiskoelastyku. Długość całkowita 12,5 cm, długość końcówki penetrującej 45 mm. Cewnik współdziałający z posiadanym przez Szpital systemem iluminacji –Iluminum Fiberoptic Iluminator, prod. Science Intervenional REF FI-100 | **1 zestaw**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  **RAZEM WARTOŚĆ PRÓBEK** |  |  |

 **Uwaga –** Wykonawca zobowiązany jest do wpisania do tabeli wszystkich wymaganych informacji dotyczących dostarczonych próbek, również tych

 dotyczących ich wyceny, niezależnie od składanego oświadczenia (załącznik nr 4 do SWZ). Informacje te są niezbędne, m.in. do przeprowadzenia

 procedury ewidencyjnej

**Wykaz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.**