**Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektroniczne)**

**EZP/153/18**

**WYKAZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**UWAGA DOTYCZY VATU**

**STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄZUJE Z TYTUŁU WEWNATRZWSPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIAZEK PODATKOWY CIĄŻY NA ZAMAWIAJĄCYM ( METODA ODROTNEGO OBCIAZENIA – REVERSE CHARGE**

# Pakiet nr 1

**Wadium 1.140,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Embolizacyjne plugi*** plug złożony z nitinolowej konstrukcji oraz pokrycia PTFE
* system odczepiania mechanicznego
* współpracuje z mikrocewnikiem 0,021” i 0,027” oraz koszulką 4F i 5F
* długość prowadnika dostawczego- 180 cm

rozmiary stosowane w naczyniach o średnicy 1.5- 9.0 mm | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **możliwość zmiany położenia w celu precyzyjnego umieszczenia*** tak – **40 pkt.**
* nie – **0 p**kt.
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 2

**Wadium 18.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | Stentgraft z rękawkami i otworami* zbudowany na bazie stalowego Z-stentu, pokrycie poliestrowe.
* projektowany dla pacjenta na indywidualne zamówienie zgodnie z warunkami anatomicznymi;
* pozwala na zaopatrzenie endowaskularne pacjentów z tętniakami w obrębie tętnic nerkowych, pnia trzewnego i tętnicy krezkowej górnej;
* posiada 3 lub więcej rękawków albo kombinacje rękawków i otworów na tętnice nerkowe, tętnicę krezkową górną i pień trzewny;
* introducer posiada wszystkie elementy charakterystyczne ze stentgraftu typu Flex AAA i TAA i jest kompatybilny z jego elementami dodatkowymi umożliwiając bezpieczną i efektywną implantację
* system posiada możliwość korekty położenia po 50% otwarciu, celem precyzyjnego umiejscowienia wcześniej zaprojektowanych otworów lub rękawków na kluczowe naczynia
* dostarczony w formie załadowanej na precyzyjny introducer wyposażony w cięgna zabezpieczające i zwalniające wraz ze stentami powlekanymi i niepowlekanymi, pętlą, koszulkami, cewnikami i prowadnikami niezbędnymi dla całkowitego wyłączenia tętniaka z jednym elementem proksymalnym lub systemem mocującym.

w uzasadnionych wypadkach, przy odpowiednich warunkach anatomicznych, możliwość dostarczenia stentgraftu z 4 rękawkami (TBRANCH) w ciągu 24 godzin | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | SUMA | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **widoczność w skopii*** tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2 | **możliwość korekty ustawienia graftu po wstępnym rozprężeniu*** tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 3

# Wadium 24.800,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Stentgraft brzuszny** zbudowany na bazie stentu stalowego, dający poszczególnym segmentom optymalną siłę rozprężania przy dużej wytrzymałości radialnej. Zbudowany z trzech części: głównej graftu, nogawek: contralateralnej - przedłużającej krótszą nogawkę body i ipslateralnej – przedłużającej dłuższą nogawkę body. Stentgraft o mocowaniu nadnerkowym za pomocą segmentu wolnego z haczykami. Wymagane wymiary części głównej protezy od 22 do 36 mm, części biodrowej od 9 do 24 mm (w przypadku nietypowych rozmiarów aorty brzusznej możliwość zamówienia stentgraftu w wersji castom-made). System wprowadzający o średnicy maksymalnej 22 F(body) i 16F nogawki, ze zbrojoną koszulką naczyniową z zastawką.Na życzenie operatora dostępny stentgraft o fiksacji nadnerkowej zbudowany na bazie nitinolowego stentu o wymiarach części głównej protezy od 22 do 36mm, części biodrowej od 9 do 24mm i systemie wprowadzającym o maksymalnej średnicy 17F (body) i 14F (nogawki). | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Stentgraft piersiowy** zbudowany na bazie stentu stalowego, dający poszczególnym segmentom optymalną siłę rozprężania przy dużej wytrzymałości radialnej. Część proksymalna stentgraftu z systemem haczyków fiksujących. Część dystalna z częścią wolną z haczykami. Wymagane wymiary stentgraftu: średnica od 22 do 42 mm oraz długość od 79 – 218mm. System wprowadzający o średnicy maksymalnej 24F.Na życzenie operatora dostępny stentgraft zbudowany na bazie nitinlowego stentu o wymiarach: średnica 24 do 46mm oraz długość 105 – 233mm. System wprowadzający o maksymalnej średnicy 20F. | 35 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **widoczność w skopii*** tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2 | **możliwość korekty ustawienia graftu po wstępnym rozprężeniu*** tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 4

# Wadium 330,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **System do wykonywania zespoleń proksymalnych**, pomostów aortalnych bez użycia zacisku aortalnego w operacjach pomostowania aortalno-wieńcowegoSkład zestawu:* układ uszczelniający
* aplikator
* urządzenie ładujące
* dziurkacz aortalny
* rozmiary: 4,3 mm, 8,3 mm
* jednorazowego użytku, opakowanie sterylne
 | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **odporność na złamanie*** tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2 | **budowa zmniejszająca urazowość tkanek*** tak – **20 pkt**.
* nie – **0 pkt**.
 |  |

  **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 5

# Wadium 35,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Cewnik silikonowy, radiocieniujacy, jednokanałowy**, z końcem otwartym, operacyjny, średnice: 9,6 FR i dług 90cm, średnica wew. 1,6mm; z mankietem SureCuff, z zestawem do wprowadzania i introduktorem typu Peel-Apart, zabezpieczony podwójnym sterylnym opakowaniem | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **dezynfekcja cewnika za pomocą jodopowidonu** * tak – **40 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 6

# Wadium 340,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Introduktory dotętnicze 11 cm** zbrojone metalowym oplotem. W skład zestawu wchodzi:* rozszerzadło z zatrzaskowym mocowaniem do introducera,
* koszulka naczyniowa zbrojnoa metalowym oplotem z integralną zastawką hemostatyczną oraz portem bocznym zakończonym kranikiem
* prowadnik typu „J” 0,035/45cm,
* obturator 8F,

rozmiary do wyboru: 5F, 6F, 7F, 8F,9F,10F | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Introduktory dotętnicze 45 cm** zbrojone metalowym oplotem. W skład zestawu wchodzi:* rozszerzadło z zatrzaskowym mocowaniem do introducera,
* koszulka naczyniowa zbrojona metalowym oplotem z integralną zastawką hemostatyczną oraz portem bocznym zakończonym kranikiem
* długość 45 cm

rozmiary do wyboru: 6F, 7F | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Introduktory dotętnicze 45 cm** zbrojone metalowym oplotem. W skład zestawu wchodzi:* rozszerzadło z zatrzaskowym mocowaniem do introducera,
* koszulka naczyniowa zbrojona metalowym oplotem z integralną zastawką hemostatyczną oraz portem bocznym zakończonym kranikiem
* długość 45 cm

rozmiar 7F | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **Introduktor z zagięciem przystosowanym do tętnic nerkowych*** tak – **40 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 7

# Wadium 1.305,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Cewniki balonowe** OTW na prowadniku 0,035” i 0,018”* długość cewnika 0,035” 40/80/135 cm kompatybilny z koszulką 5-7F
* rozmiary balonu 0,035” 3/ 4/ 5/ 6/ 7/ 8/ 9/ 10/ 12 mm, długości 15/ 20/ 30/ 40/ 60/ 80/ 100/ 120/ 150/ 200 mm.
* profil wejścia ≤ 0,039”
* cewnik pokrywany hydrofilnie, balon niepokrywany
* cewnik balonowy na prowadniku 0,018” o długości 90/150 cm, kompatybilny z koszulką 4-5F, długości balonu 20/ 40/ 60/ 80/ 100/ 120/ 150/ 200 mm
* profil wejścia ≤ 0,024”
* cewnik pokrywany hydrofilnie, balon niepokrywany
 | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **dla długości 150 i 200 mm dodatkowe dwa markery w części środkowej*** tak – **20 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |
| 2 | **markery na końcach balonu*** > 2 markerów – 2**0 pkt.**

2 markery – **0 pkt.**  |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 8

# Wadium 450,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Elektroda sterowalna do ablacji endokawitarnej metodą RF** z końcówką 4 mm i z 3 stopniami swobody z łącznikiem  | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Odpowiedni łącznik do elektrody ablacyjnej** (wg zasady 1 łącznik – na 10 elektrod ablacyjnych) | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria i sposób oceny** | **TAK/NIE** | **WYKONAWCA PODA TAK/NIE** | **Parametr oferowany**(podać wartość lub opisać) |
|  | **Elektroda sterowalna do ablacji endokawitarnej metodą RF z końcówką 4 mm i 3 stopniach swobody (elektroda zgina się w 3 płaszczyznach) z łącznikiem do ablatora o następującej charakterystyce:** |  | . |  |
| 1 | 3 stopnie swobody (cewnik zgina się w trzy strony; regulowane przygięcie końcówki do przodu oraz na boki w prawo i w lewo) | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt.** |  |  |
| 2 | średnica elektrody 7F  | **TAK** |  |  |
| 3 | długość końcówki – 4 mm | **TAK** |  |  |
| 4 | odległość między pierścieniami 2/5/2 mm | **TAK** |  |  |
| 5 | współpraca z ablatorem Ep-Shuttle STOCKERT GmbH; RF-generator  | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt** |  |  |
| 6 | termin ważności sterylizacji – co najmniej 12 miesięcy | **TAK** |  |  |
| 7 | łączniki do ablatora Stockert- w posiadaniu Zamawiającego  |  |  |  |

  **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 9

# Wadium 6.100,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | Cewnik balonowy (elektroda balonowa) do krioablacji z łącznikiem gazowym i elektrycznym | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | łącznik elektryczny | 35 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | prowadnik do elektrody balonowej | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr /Warunek** | **TAK/NIE** | **WYKONAWCA PODA TAK/NIE** | **Parametr oferowany**(podać wartość lub opisać) |
|  | **Cewnik balonowy (elektroda balonowa) do krioablacji o następującej charakterystyce:** |  | . |  |
| 1 | Średnica 10,5 F | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt.** |  |  |
| 2 | Długość elektrody (cewnika) 140 cm | **TAK** |  |  |
| 3 | Tip (końcówka) cewnika długości 10 mm | **TAK** |  |  |
| 4 | Średnica napełnianego balona 23 mm lub 28 mm – do wyboru przez zamawiającego | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt** |  |  |
| 5 | Zakres przygięcia elektrody - 45o dwukierunkowo | **TAK**  |  |  |
| 6 | Wprowadzenie elektrody balonowej wewnątrzsercowo przez koszulkę 12 F  | **TAK** |  |  |
| 7 | termin ważności sterylizacji – co najmniej 12 miesięcy |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr /Warunek** | **Parametr wymagany** | **Spełnianie warunku** (przez Wykonawcę)TAK/NIE | **Parametr oferowany**(podać wartość lub opisać) |
|  | **Cewnik balonowy (elektroda balonowa) do krioablacji o następującej charakterystyce:** |  | . |  |
| 1 | prowadnik o maksymalnej średnicy 0,035”, najlepiej 0,032” (sztywny) o długości min. 180 cm | **TAK**  |  |  |
| 2 | termin ważności sterylizacji – co najmniej 12 miesięcy | **TAK** |  |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 10

# Wadium 950,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | sterowalna koszulka transseptalna (do wprowadzenia cewnika ablacyjnego lub cewnika balonowego zwanego też elektrodą balonową). | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr /Warunek** | **TAK/NIE** | **WYKONAWCA PODA TAK/NIE** | **Parametr oferowany**(podać wartość lub opisać) |
|  | **Cewnik balonowy (elektroda balonowa) do krioablacji o następującej charakterystyce:** |  | . |  |
| 1 | średnica wewnętrzna koszulki transseptalnej 12 F  | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt.** |  |  |
| 2 | Całkowita długość 81cm, długość użytkowa 65 cm | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt** |  |  |
| 3 | Maksymalne ugięcie 135 stopni. | **TAK** |  |  |
| 4 | Kompatybilność z cewnikami z Pakietu 1 poz. A potwierdzona przez Producenta | **TAK**  |  |  |
| 5 | termin ważności sterylizacji – co najmniej 12 miesięcy | **TAK**  |  |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 11

# Wadium 1.510,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Elektroda do mappingu żył płucnych o średnicy pętli** 15 lub 20 mm – do wybory przez zamawiającego | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Odpowiedni **łącznik do elektrody diagnostycznej** | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr /Warunek** | **TAK/NIE** | **WYKONAWCA PODA TAK/NIE** | **Parametr oferowany**(podać wartość lub opisać) |
|  | **Elektroda do mappingu żył płucnych o średnicy pętli 15 lub 20 mm – o następującej charakterystyce:** |  | . |  |
| 1 | średnica elektrody – 3.3 Fr, 1.1 mm (0.043”)  | **TAK****.** |  |  |
| 2 | elektroda 8-polowa o stałej pętli | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt** |  |  |
| 3 | średnica pętli: 15 lub 20 mm | **TAK** |  |  |
| 4 | odległość między biegunami (spacing) 4 mm | **TAK – 20 pkt.****NIE – 0 pkt**  |  |  |
| 5 | długość elektrody 165 cm | **TAK**  |  |  |
| 6 | kompatybilność z cewnikiem balonowym (elektroda balonowa) do krioablacji z Pakietu 9 poz.1  | **TAK**  |  |  |
| 7 | termin ważności sterylizacji – co najmniej 12 miesięcy | **TAK**  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr /Warunek** | **Parametr wymagany** | **Spełnianie warunku** (przez Wykonawcę)TAK/NIE | **Parametr oferowany**(podać wartość lub opisać) |
|  | **Cewnik balonowy (elektroda balonowa) do krioablacji o następującej charakterystyce:** |  | . |  |
| 1 | długość kabla 196 cm | **TAK** |  |  |
| 2 | kompatybilność z e**lektrodą do mappingu żył płucnych o średnicy pętli** 15 lub 20 mm  | **TAK** |  |  |
| 3. | termin ważności sterylizacji – co najmniej 12 miesięcy | **TAK** |  |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 12

# Wadium 520,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Wypalarki jednorazowego użytku do konduitu.**  | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **możliwość zastosowania do każdego konduitu aortalnego*** tak – **40 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 13

# Wadium 130,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Cewnik balonowy,** wysokociśnieniowy, do tętnic biodrowych i w leczeniu zmian zamukających naturalnych lub sztucznych tetniczo-zylnych przetok dializacyjnych.* długość balonu 20,40,60 mm,
* średnica kanału wewnętrznego 0,035"
* średnice balonu: 12,14,16,18,20,22,24,26.
* ciśnienie nominalne:4-6 atm,
* ciśnienie RBP:12-18atm.
* zalecana koszulka od 7-12 F w zależności od rozmiaru.
* dwa systemy wprowadzające: 75 cm i 120 cm
 | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **obecność dwóch znaczników widocznych w skopii*** tak – **40 pkt.**
* nie – **0 pkt.**
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 14

# Wadium 220,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT***Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)****ilość sztuk w opakowaniu**  |
| 1, | **Zabezpieczenie miejsca po wkłuciu**. Nieprzezroczysta folia w rozmiarze 30 x 60 mm, z wkładem chłonnym, zwiększającym swą objętość 7-krotnie w kontakcie z wilgocią. Wkład chłonny bez warstwy zabezpieczającej przed przywieraniem. Sterylny, bez lateksu. | 30 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **Zwiększanie objętości pod wpływem wilgoci*** powyżej 7-krotne – tak **40 pkt.**
* 7-krotne – nie **0 pkt.**
 |  |

 **.................................................**

 **podpis Wykonawcy**

**Załącznik nr 2A,**

**EZP/162/18 – (do oferty w wersji elektronicznej)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego

61-848 Poznań, ul. Długa ½

Dział Zamówień Publicznych

**FORMULARZ OFERTOWY**

 Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku -14 pakietów**

 Termin wykonania zamówienia:**12 miesięcy**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

 **adres e-mail** - ***Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)***

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać w załączniku nr 1 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena pakietu nr …….bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ....................................................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie..........................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5. Termin dostawy max - 3 dni** **robocze** (wpisać jeżeli będzie krótszy, w przypadku nie podania zamawiający przyjmuje, że termin dostawy wynosi 3 dni, podać w dniach,)…………

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

7. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

8. Lista załączników:………………..

**Itd.**

**………………………. ……………………………………**

 **Data Podpisy i pieczątka Wykonawcy**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawca**

**Załącznik nr 4**

**EZP/162/18**

**Wykonawca dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

 **………………………..**

data

**Dotyczy postępowania na:**

**zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku -14 pakietów .**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\***(Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

………………….

 Podpis i pieczątka Wykonawcy

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5**

**EZP/162/18**

***Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest */nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*
* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie……………………………………………………………………………;

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

**Załącznik nr 6 (Wykonawca dołączy do oferty w formie elektronicznej)**

**EZP/162/18**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

 **…………………………….**

 **Podpis Wykonawcy**

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

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)