***Załącznik nr 6 do umowy***

***z dnia ……… r.***

# Wykaz aparatury medycznej służącej do wykonywania procedur będących przedmiotem umowy, których zapewnienie jest obowiązkiem Udzielającego Zamówienie

* • Angiograf stacjonarny z wyposażeniem typ Artis Q Ceiling
* • Defibrylator (dostęp do jednego urządzenia w czasie zabiegu)
* o Lifepak 15, Stryker
* o Lifepak 20e, Stryker
* • Aparat do znieczuleń typu FLOW-i C20 lub FLOW-i C40, Maquet
* • Tromboelastometr ROTEM SIGMA, TEG Innovations/IL
* • Aparaty do szybkiego przetaczania płynów infuzyjnych typu C-Fusor
* • Aparat do pomiaru czasu krzepnięcia HEMOCHRON Elite International
* • Glukometr typu IXELL
* • Aparat do pomiaru

# UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

**……………………………………………. ………………………………………….**