Pakiet nr I

**Preparaty do mycia i dezynfekcji rąk i skóry.**

**Przewidywana wielkość zamówienia na 24 miesiące**

| L.p | Charakterystyka preparatu  Zakres działania | Opakowanie | Ilość  roztworu | Ilość opakowań wynikająca z przeliczenia ilości zamawianej | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto | Nazwa handlowa preparatów |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Preparat do chirurgicznego i higienicznego mycia rąk i ciała, na bazie syntetycznych składników. Zawierający APG, oraz składniki natłuszczające. Niezawierający mydła. Niepowodujący wysuszania skóry rąk o lekko kwaśnym pH 5,0, usuwający pozostałości po maściach. Przetestowany klinicznie i dermatologicznie. Preparat kompatybilny pasujący do dozowników Dermados. | But.500 ml | 200 L |  |  |  |  |
| 2. | Preparat do chirurgicznego i higienicznego mycia rąk i ciała, na bazie syntetycznych składników. Zawierający APG, oraz składniki natłuszczające. Niezawierający mydła. Niepowodujący wysuszania skóry rąk o lekko kwaśnym pH 5,0, usuwający pozostałości po maściach. Przetestowany klinicznie i dermatologicznie. . Preparat kompatybilny pasujący do dozowników Dermados | Kan.5-6 L | 690 L |  |  |  |  |
| 3. | Preparat do dezynfekcji higienicznej i chirurgicznej rąk w postaci żelu na bazie etanolu ( min 85%) i siedmiu substancji nawilżających skórę takich jak gliceryna, aloes,pantenol bez grup fenolowych. Spektrum działania : B,F,Tbc-15 sek.  V ( HBV,HCV,HIV-30 sek.,Rota,Noro-15 sek.) Preparat pasujący do dozowników Dermados | But. 500 ml | 430 L |  |  |  |  |
| 4. | Wodny preparat na bazie 3-4% chlorhexydyny,z dodatkiem alkoholu etylowego,glicerolu i tlenków alkilodimetyloaminowych  przeznaczony do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk oraz skóry pacjenta. Bez zawartości eteru i izopropanolu. Skuteczny wobec B łącznie z MRSA oraz HBV i HIV | But. 500 ml | 200 L |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Razem |  |  |

**Wykonawca dołączy nieodpłatnie na czas realizacji zamówienia 80 szt. dozowników łokciowych ściennych w celu ułatwień w procesie uzupełniania preparatów ( kompatybilność opakowań i dozowników )**

Data podpis i pieczęć wykonawcy

……………………………………