Kraków, dnia 19.09.2023 r.

Zapytanie cenowe NR DIA.271.40.2023.KK.4 NA ZAKUP:

MIKROSKOP BADAWCZY ODWRÓCONY – (1 szt.) wraz z dostawą, instalacją i konfiguracją systemu

Dział Aparatury Medycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie zwraca się z uprzejmą prośbą o przesłanie ceny: MIKROSKOPU BADAWCZEGO ODWRÓCONEGO 1 SZT.   
o charakterystyce jak niżej lub równoważnej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis parametru- parametr wymagany** | **Parametr Oferowany (wypełnia Oferent, TAK/NIE/UWAGA)** |
|  | System optyczny CFI60 |  |
|  | Badanie w jasnym polu i kontraście fazowym, oświetlenie „fly-eye”- układ soczewek wieloogniskujących umożliwiających 100% równo oświetlonego całego pola widzenia |  |
|  | Czas pracy oświetlenia 60 000 godzin, |  |
|  | Statyw, stolik płaski, miska obiektywowa 5-cio gniazdowa, nasadka okularowa dwuoczna. Dwustronny, podwójny ruch ogniskowania mikro i makro |  |
|  | Okulary, CFI 10x/22 mm, szt.2, Muszla oczna do okularów, 2 szt. |  |
|  | Stolik preparatowy z przesuwem x-y, |  |
|  | Wkład uniwersalny do mocowania preparatów, kuwet, szelek |  |
|  | Obiektyw:  CFI Achroma 10x, N.A. 0.25, W.D. 7.0 mm, Ph1  CFI Achroma 20x, N.A. 0.40, W.D. 3.9 mm, Ph1  CFI Achroma 40x, N.A. 0.55, W.D. 2.1 mm, Ph1 |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące |  |
|  | Termin realizacji: max do 10 tygodni od dnia przesłania zlecenia |  |
|  | Termin płatności: 60 dni |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **…………………………………………..** | **1** |  |  |  |
| Wartość netto oferty: | | | | | |
| Wartość VAT: | | | | | |
| Wartość brutto oferty: | | | | | |
| Gwarancja: | | | | | |
| Przeglądy w okresie gwarancji( jeśli dotyczy): | | | | | |
| Termin realizacji: | | | | | |
| Termin Płatności : | | | | | |
|  |  | |  |  |  |

Ofertę proszę przesłać do dnia 22.09.2023 r. do godziny 12:00 na adres: [annmalik@su.krakow.pl](mailto:annmalik@su.krakow.pl)

………………………..

Podpis osoby uprawnionej