**Kraków, 20 luty 2024 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa, instalacja i uruchomienie głowicy liniowej L14-6WE kompatybilnej z aparatem USG DC 70 X-Insight**

**Zamawiający:** SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie  
 ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków  
 NIP: 675-11-99-442

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany** |
|  | **Głowica liniowa nazwa i typ, producent** |  |
|  | Głowica liniowa, szerokopasmowa, wieloczęstotliwościowa, fabrycznie nowa, nie jest rekondycjonowana, powystawowa i nie była wykorzystywana wcześniej przez innego użytkownika. |  |
|  | Głowica liniowa o częstotliwościach obrazowania w  zakresie min. 3,5-16,0 MHz |  |
|  | Liczba elementów w głowicy - min. 256 |  |
|  | Szerokość czoła głowicy 51 mm |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne |  |
|  | Color Doppler/ PW Doppler/ Power Doppler |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Dostawa, instalacja i uruchomienie głowicy liniowej** | **1** |  |  |  |
| Wartość netto oferty: | | | | | |
| Wartość VAT: | | | | | |
| Wartość brutto oferty: | | | | | |
| Gwarancja (min. 24 miesiące): | | | | | |
| Przeglądy w okresie gwarancji ( jeśli dotyczy w przypadku jeżeli przeglądy nie są wymagane wpis w paszporcie): | | | | | |
| Termin realizacji: | | | | | |
| Termin Płatności min. 60 dni od dostarczenia faktury : | | | | | |
|  |  | |  |  |  |

Oferta powinna zawierać: Ofertę brutto i netto z warunkami płatności, (płatność min. 60 dni przelewem po dostarczeniu faktury) okresem gwarancji (min. 24 miesięcy) i czasem dostawy należy kierować na adres Działu Aparatury mailem pzurowski@su.krakow.pl)

**Termin realizacji**:

**Gwarancja:**

**Ważność oferty:**

**Preferowany termin płatności:** 60 dni, po dostarczeniu faktury

**Termin składania oferty:** do 26.02.24 godz.10

**Ofertę należy przesłać w wyznaczonym terminie na adres mail** [**pzurowski@su.krakow.pl**](mailto:pzurowski@su.krakow.pl)**. Osoba do kontaktu: Paweł Żurowski tel. 012/424-78-93**