**Kraków, 05 września 2024 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa narzędzi Kerrison do chirurgii kręgosłupa**

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

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany**  |
|  | **Nazwa i typ, producent** |  |
|  | Kerrison 230 mm z c. stopką 130°, góra 2 mm 3szt |  |
|  | Kerrisin tłocznik 130° góra 200 mm, 2 mm, 3 szt |  |
|  | Kerrison tłocznik 130° góra 180 mm, 2 mm, 2 szt |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Dostawa narzędzi chirurgicznych,**  | **8** |  |  |  |
| Wartość netto oferty: |
| Wartość VAT: |
| Wartość brutto oferty: |
| Gwarancja  |
| 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 i czasem dostawy należy kierować na adres Działu Aparatury mailem akiszka@su.krakow.pl

**Termin realizacji**:

**Gwarancja**

**Ważność oferty:**

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

**Termin składania oferty:** do 11.09.2024 r

**Ofertę należy przesłać w wyznaczonym terminie na adres mail** **akiszka@su.krakow.pl**

**Osoba do kontaktu: Aleksandra Kiszka tel.: 12 4001134**