**Kraków, 10 września 2024 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa i uruchomienie 5 szt. kontrolerów do systemu pneumatycznego ucisku sekwencyjnego**

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

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany** |
|  | **Urządzenie do ogrzewania pacjenta model, typ, producent, rok produkcji** | podać |
|  | Sekwencyjny, obwodowy ucisk na podudzie i udo z zachowaniem predefiniowanego, automatycznego gradientu ciśnień: dolna część podudzia – 45mmHg; łydka – 40mmHg; udo – 30mmHg |  |
|  | Czas trwania cyklu kompresji – 5s |  |
|  | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla stopy w zakresie: 30-60s |  |
|  | Czas trwania przerw pomiędzy kompresjami regulowany automatycznie za pomocą sytemu wykrywającego ponowne wypełnienie naczyń, umożliwiającego dostosowanie częstotliwości kompresji do fizjologii pacjenta, automatyczna rekalkulacja czasu trwania przerw – co 30 min. Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla uda i podudzia w zakresie: 20-60s. Równomierny ucisk na stopę z predefiniowanym ciśnieniem 130mmHg. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Dostawa i uruchomienie 5 szt. kontrolerów do systemu pneumatycznego ucisku sekwencyjnego** | **5** |  |  |  |
| 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: | | | | | |
| Szkolenie: | | | | | |
| 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 13.09.24 godz. 15

**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**