Kraków, dnia 05-06-2025

**ZAPYTANIE CENOWE**

**Dotyczy: PROFESJONALNY SKANER/DETEKTOR ŻYŁ SZT-8**

 **o parametrach jak poniże lub równoważnych**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.**  | **Opis parametru** | **Ilość** |
|  | **PROFESJONALNY SKANER/DETEKTOR ŻYŁ**  | **8** |
| 1 | Dwa niezależne źródła światła |  |
| 2 | Tryb pomiaru głębokości położenia żył |  |
| 3 | Złącze komputerowe |  |
| 4 | Kolorowy wyświetlacz LCD |  |
| 5 | Akumulator umożliwiający pracę bez zasilania sieciowego do min 3 godz |  |
| 6 | 7 dostępnych kolorów: dla rożnych kolorów skóry, tatuaży, mocno zniszczonej skóry |  |
| 7 | 3 dostępne rozmiary wyświetlania |  |
| 8 | Fale podczerwieni: 760-940nm  |  |
| 9 | Głębokość wykrywania: 0-10mm  |  |
| 10 | Zalecany dystans projekcji: 15-30cm  |  |
| 11 | Dokładność projekcji żył: ±0.3mm  |  |

**Oferta powinna zawierać:** Okres gwarancji,

 informacje o przeglądach technicznych

 Certyfikat: wyrób medyczny klasy i 93/42 eec

**Ważność oferty:** Minimum 30 dni.

**Preferowany termin płatności:** 60 dni.

**Miejsce dostawy:** Szpital Uniwersytecki w Krakowie ul. Jakubowskiego 2,

**Ofertę należy przesłać na adres mail alewandowska@su.krakow.pl**

**do dnia 10-06-2025 do godz.15.00**

**Kryteria oceny ofert:**Cena - 100%

Zamawiający wybierze najtańszą ze złożonych ofert.

 ………………………..

 Podpis osoby uprawnionej