**Kraków, 2 kwietnia 2025 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa, instalacja i uruchomienie 5 szt. lamp zabiegowych montowanych do sufitu.**

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

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany**  |
|  | **Lampa zabiegowa model, typ, producent, rok produkcji** | Podać model, typ, producent, rok produkcji |
|  | Żywotność źródeł światła min. 60 000 godzin |  |
|  | Natężenie światła min. 100 000 LUX |  |
|  | Średnica pola światła min. 170 mm |  |
|  | Głębokość oświetlenia pola operacyjnego L1+L2 min. 164 cm |  |
|  | Odwzorowanie barw (CRI) [Ra(1-8)] min. 99 % |  |
|  | Współczynnik odwzorowania barwy czerwonej R9 min. 97 %  |  |
|  | Pobór mocy przy napięciu 230 VAC max. 20 W |  |
|  | Temperatura barwowa: 4300 [K] |  |
|  | Stopień ochrony głowicy IP42 |  |
|  | Po stronie Wykonawcy obowiązek zdemontowania obecnie zamontowanych lamp. Przed podpisaniem umowy (lub przesłaniem zlecenia) Zamawiający przewiduje obowiązkową wizję lokalną w miejscu instalacji lamp z udziałem przedstawiciela Wykonawcy. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Dostawa, instalacja i uruchomienie 5 szt. lamp zabiegowych montowanych do sufitu** | **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: |
| 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 8.04.25 godz. 12

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