**Kraków, 16 maja 2025 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa, instalacja i uruchomienie 4 par butów litotomicznych (podpory pod nogi)**

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

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany**  |
|  | **Buty litotomiczne, model, producent, rok produkcji** | Podać (model, producent, rok produkcji) |
|  | Podpory nóg z zapięciami na rzepy do długotrwałych zabiegów ginekologicznych |  |
|  | Zdejmowana, przeznaczona do wielokrotnego użytku wkładka do butów z pianką z pamięcią kształtu chroniąca i zmniejszająca naprężenie kończyn pacjenta |  |
|  | Zakres ruchu litotomii min. od -45 stopni do +85 stopni |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta: min.158 kg |  |
|  | Podpory pod nogi wyposażone w zaciski mocujące – 2 szt. (do każdej pary) |  |
| **Lp.**  |  |  | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Buty litotomiczne, model, producent, rok produkcji** | **4 pary** |  |  |  |
| 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 23.05.25 godz. 14

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