Kraków, dnia 01.03.2024 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR DIA.271.34.2023.KK.3 NA ZAKUP aparatu do wykonywania preparatów cytologii cienkowarstwowej wraz z dostawą.**

Dział Aparatury Medycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie zwraca się z uprzejmą prośbą o przesłanie ceny zakupu aparatu do wykonywania preparatów cytologii cienkowarstwowej o charakterystyce jak niżej lub równoważnej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Wypełnia Oferent (TAK/NIE/ UWAGI)** |
|  | Napięcie [WAC]: 12V, 5A |  |
|  | Moc [W]: max. 40 |  |
|  | Filtr membranowy: 5-12 mikronów |  |
|  | Czas przenoszenia rozmazu [sek]: 0-20 |  |
|  | Częstotliwość [Hz]: Adapter 100-240VAC 50/60 Hz |  |
|  | Wymiary [mm]: 250(W) x 330(D) x 200(H) |  |
|  | Waga [kg]: 7 |  |
|  | Ilość preparatów [h]: powyżej 90 |  |
|  | Rodzaj wyświetlacza: dotykowy |  |
|  | Temperatura i wilgotność w stanie działania: 5°C ~ 40°C / 20% ~ 80% |  |
|  | Temperatura i wilgotność w stanie spoczynku -10°C ~ 50°C / 15% ~ 95% |  |
|  | **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** | |
| 12 | Okres gwarancji, minimum 12 miesięcy |  |
| 13 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w j. polskim |  |
| 15 | Certyfikaty, Deklaracja zgodności, Dopuszczenie do obrotu |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1 | **aparatu do wykonywania preparatów cytologii cienkowarstwowej** | **1** |  |  |  |
| Termin realizacji: | | | | | |
| Termin Płatności (min. 60 dni od dostarczenia faktury): | | | | | |
|  |  | |  |  |  |

Ofertę proszę przesłać do dnia 07.03.2024 r. do godziny 12:00 na adres: [kkosibowicz@su.krakow.pl](mailto:kkosibowicz@su.krakow.pl)

………………………..

Podpis osoby uprawnionej