Kraków, dnia 06.03.2025 r.

Zapytanie ofertowe NR DIAM.271.56.2025AK na zakup urządzenia ESI do planowania, wspomagania i przeprowadzenia termicznej ablacji nowotworów tkanek miękkich pod kontrolą USG z dedykowanym oprogramowaniem operacyjnym współpracujące z urządzeniem Echolaser (1 szt.) wraz z dostawą uruchomieniem.

Dział Aparatury Medycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie zwraca się z uprzejmą prośbą o przesłanie ceny na zakup urządzenia ESI do planowania, wspomagania i przeprowadzenia termicznej ablacji nowotworów tkanek miękkich pod kontrolą USG z dedykowanym oprogramowaniem operacyjnym współpracujące z urządzeniem Echolaser o charakterystyce jak niżej lub równoważny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany** |
|  | **Urządzenie ESI do planowania, wspomagania i przeprowadzenia termicznej ablacji nowotworów tkanek miękkich pod kontrolą USG z dedykowanym oprogramowaniem operacyjnym współpracujące z urządzeniem Echolaser- 1 szt** |  |
|  | Samodzielny moduł do aktualizacji używanych systemów 2 i 4-kanałowych  jednostek laserowych. |  |
|  | Urządzenie które:   * zapewnia obraz w czasie rzeczywistym z reprodukcją obrazu wideo dostarczonego przez wybrane urządzenia USG, * nakładające na obraz USG znaki graficzne, wskazując trajektorię wprowadzania igieł i bezpiecznych odległości, jakie należy zachować od struktur anatomicznych nieprzeznaczonych do leczenia. |  |
|  | Wraz z oprogramowaniem do tarczycy, uchwytem i prowadnicą do głowicy liniowej  L 4-15. |  |
|  | Kompatybilne z USG MyLab Omega (które współpracuje z urządzeniem Echolaser), posiadanym przez Zamawiającego. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Urządzenie ESI do planowania, wspomagania i przeprowadzenia termicznej ablacji nowotworów tkanek miękkich pod kontrolą USG z dedykowanym oprogramowaniem operacyjnym współpracujące z urządzeniem Echolaser- 1 szt** | **1** |  |  |  |
| Wartość netto oferty: | | | | | |
| Wartość VAT: | | | | | |
| Wartość brutto oferty: | | | | | |
| Gwarancja 24 miesiące: | | | | | |
| Przeglądy w okresie gwarancji( jeśli dotyczy): | | | | | |
| Termin realizacji: | | | | | |
| Termin Płatności : | | | | | |
|  |  | |  |  |  |

Ofertę proszę przesłać do dnia 11.03.2025 r. do godziny 14:00 na adres: [akiszka@su.krakow.pl](mailto:akiszka@su.krakow.pl)

………………………..

Podpis osoby uprawnionej