**Kraków, 17 maja 2024 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa, instalacja i uruchomienie wstrzykiwacza kontrastu**

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

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany** |
|  | **Wstrzykiwacz kontrastu model, typ, producent, rok produkcji** |  |
|  | Wstrzykiwacz bezwkładowy, 3 kanałowy do skanera CT (2 źródła kontrastu i 1 źródło NaCl). |  |
|  | Mocowanie na stojaku podłogowym (stojak w zestawie) lub ramieniu sufitowym posiadanym przez Zamawiającego model MAVIC GD92-1-SMC-5  Po stronie Wykonawcy montaż do ww. ramienia wstrzykiwacza w cenie oferty |  |
|  | Możliwość bezpośredniego zastosowania dwóch butelek z kontrastem, każdego z dostępnych producentów środków cieniujących o pojemności od 50ml do 500ml oraz NaCl o pojemności do 1000ml. |  |
|  | Możliwość podtrzymania temperatury wstępnie podgrzanego środka kontrastowego. |  |
|  | Ultradźwiękowy system wykrywania pęcherzyków powietrza w wężykach wstrzykiwacza. |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia testu iniekcji sola fizjologiczną |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia mieszania płynów za pomocą iniekcji naprzemiennej kontrastu i soli fizjologicznej w różnych stężeniach: (zawartość środka kontrastowego 15%, 20%,25% 30%,50%). |  |
|  | Prędkości iniekcji kontrastu 0,5ml/s do 9,7 ml/s (co 0,1ml/s). |  |
|  | Możliwość wstrzyknięcia dla każdej fazy 1ml-200ml (co 1ml). |  |
|  | Możliwość wyboru z przygotowanego przez producenta menu wstrzykiwacza stężenia i marki różnych producentów środka kontrastowego |  |
|  | Możliwość wyboru z przygotowanego przez producenta menu wstrzykiwacza objętości butelki |  |
|  | Możliwość wyboru z przygotowanego przez producenta menu wstrzykiwacza rozmiaru wkłucia indywidualnie dla każdego pacjenta |  |
|  | Dwie identyczne konsole sterujące z interfejsem w języku polskim z możliwością wprowadzenia wszystkich parametrów badania (objętość płynów i prędkość podania, czas opóźnienia, marka i stężenie kontrastu, rozmiar wkłucia) zarówno w pokoju badań jak i w sterowni. |  |
|  | Komunikaty graficzne i głosowe dotyczące czynności obsługowych w języku polskim wraz z możliwością wyświetlania krótkich filmów instruktażowych na obu konsolach. |  |
|  | Możliwość wprowadzenia do pamięci wstrzykiwacza (2GB pamięci) dedykowanych protokołów podania kontrastu i NaCl. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Dostawa, instalacja i uruchomienie wstrzykiwacza kontrastu** | **1** |  |  |  |
| 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 23.05.24 godz. 12

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