**Kraków, 6 sierpnia 2024 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa ligatorów – 6 szt.**

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

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany** |
|  | Ligator typ 1 model, typ, producent, rok produkcji  Ligator hemoroidalny ssący, zagięty do góry  Zagięty 30 stopni do góry  Długość 33,5 cm  Średnica stożka 10 mm |  |
|  | Ligator typ 2 model, typ, producent, rok produkcji  Ligator hemoroidalny, ssący, zagięty do dołu  Zagięty 30 stopni do dołu  Długość 33,5 cm  Średnica stożka 10 mm |  |
|  | Ligator typ 3 model, typ, producent, rok produkcji  Ligator hemoroidalny, ssący, średnica 12 mm, prosty  Średnica stożka 12 mm |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Dostawa ligatorów** | **6** |  |  |  |
| Wartość netto oferty: | | | | | |
| Wartość VAT: | | | | | |
| Wartość brutto oferty: | | | | | |
| Gwarancja: | | | | | |
| 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 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 10.08.24

**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**