**Kraków, 26 luty 2024 roku.**

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**Dotyczy: Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu do kriolezji**

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

**Wymagane parametry:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr Oferowany**  |
|  | **Aparat do kriolezji nazwa i typ, producent** |  |
|  | Wymiary aparatu mieszczące się w zakresie: 390-400 (Sz.) x 420-430 (Gł.) x 190-200 (Wy.) mm |  |
|  | Ciężar: maks. 12 kg |  |
|  | Dotykowy ekran LCD min. 7” |  |
|  | Miernik ciśnienia gazu w sondzie (na ekranie LCD) |  |
|  | Miernik przepływu gazu przez sondę (na ekranie LCD)  |  |
|  | Pokrętło uniwersalne do regulacji przepływu gazu oraz prądu stymulacji |  |
|  | Pedał sterujący dwuprzyciskowy |  |
|  | Aparat z funkcją czyszczenia sond (krioaplikatorów) w przypadku ich niedrożności, umożliwiającą czyszczenie ich, bez konieczności odłączania przewodów od sondy ani od aparatu.  |  |
|  | Aparat dedykowany do: leczenie bólu, neurochirurgii, ortopedii, urologii, anestezjologii, |  |
|  | Urządzenie wyposażone w system RFID (elektroniczna komunikacja urządzenia z sondą), Aparat automatycznie dostosowuje parametry do charakterystyki sondy.  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w system wstępnego czyszczenia sondy, który sprawdza przepływ na niskim ciśnieniu, przepływu podczas wstępnego mrożenia i automatycznie wykonuje czyszczenie, jeśli jest taka potrzeba. |  |
|  | Aparat z możliwością wyposażenia w sondy o różnych kształtach i wielkościach, przeznaczone dla wielu specjalności medycznych. Dostępne są kriosondy jednorazowe lub wielorazowego użytku.  |  |
|  | Menu aparatu z możliwością wyboru sekwencji mrożenia, która zapewnia zaprogramowanie czasu i wykonanie pełnego cyklu mrożenie - rozmrażanie – mrożenie. |  |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy wyświetlacz, na którym przedstawiający dokonane ustawienia i parametry oraz wydający informacyjne komunikaty głosowe.  |  |
|  | Aparat z możliwością przeprowadzania neurostymulacji czuciowej i ruchowej.  |  |
|  | Amplituda prądu neurostymulacji w min. zakresie zakresie 0 - 5 mA. |  |
|  | Częstotliwość neurostymulacji:- dla stymulacji ruchowej: 1 Hz, 2 Hz,- dla stymulacji czuciowa: 50 Hz, 100, 150 and 200 Hz. |  |
|  | Szerokość impulsu neurostymulacji: 0.1, 0.2, 0.5, 1.0 oraz 2.0 ms.  |  |
|  | Uruchomienie neurostymulacji sygnalizowane jest przez sygnał dźwiękowy o częstotliwości stymulacji. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 100 ÷ 240V (50 / 60 Hz) ACKlasa bezpieczeństwa elektrycznego: I, Stopień: BMaksymalny pobór mocy: 150 VABezpieczniki: 2 sztuki 1,25A / 250V, Ø5x20 zwłoczneKlasa IP obudowy: IP 21 |  |
|  | Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O), lub dwutlenek węgla (CO2) w stalowych butlach ciśnieniowych Ciśnienie robocze: 50 ÷ 65 bar (CO2) / 38 ÷ 53 bar (N2O) Ciśnienie maksymalne: 70 bar (CO2) / 55 bar (N2O) |  |
|  | Tryby pracy: AUTO, RĘCZNY |  |
|  | Minimalna temperatura końcówki roboczej: do -88°C |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Stawka VAT %** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (w zł)** |
| 1. | **Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu do kriolezji** | **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 1.03.24 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**