

Nr sprawy : a2-33-NdWDS

Data: 21.04.2023

## ROZEZNANIE RYNKU

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe celem rozeznania rynku zaprasza do przedstawienia oferty wstępnej do ustalenia opisu przedmiotu zamówienia oraz orientacyjnych kosztów dla zamówienia :

1. Przedmiot zamówienia (opis) : kpl. napędu elektrycznego /akumulatorowego/ do wkłuc doszpikowych wraz z igłami dla dorosłych, dużych dzieci, małych dzieci, a ponadto: wpisać w arkuszu ofertowym poniżej możliwe do zaoferowania dodatkowe wyposażenie.
2. Kontakt w sprawie rozeznania: [przetargi@kpr.med.pl](mailto:przetargi@kpr.med.pl)
3. Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami : Kinga Gorczańska
4. Tel. 12 42 44 279
5. Sposób/miejsce złożenia oferty wstępnej wraz z dokładnym opisem proponowanego urządzenia: ofertę wstępną, w języku polskim należy przesłać na adres e-mail: [przetargi@kpr.med.pl](mailto:przetargi@kpr.med.pl) z wpisanym tytułem a2-33-NdWDS-2023.
6. Do formularza oferty wstępnej należy załączyć: folder, zdjęcia przedmiotu zamówienia.
7. Termin złożenia podpisanego formularza oferty wstępnej do: 12.05.2023 r.

Załączniki:

1. Formularz oferty wstępnej
2. Szkic, krótki opis przedmiotu zamówienia

Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych

  
.....  
Podpis Zamawiającego

Nr sprawy : a2-33-NdWDS-2023

Data: .....

### OFERTA – wstępna do rozeznania rynku

- 1) Nazwa Wykonawcy: .....
- 2) Adres Wykonawcy: .....
- 3) NIP: .....
- 4) telefon,..... e-mail;.....
- 5) Oświadczenie ofertowe Wykonawcy:
  - a. dodatkowe wyposażenie kpl. napędu: .....
  - .....
  - .....
  - b. okres gwarancji wymagany min 24 m-ce, oferowany: ..... m-cy
  - c. orientacyjna cena przedmiotu zamówienia - 1 kpl. : cena brutto: ..... zł.
  - d. orientacyjna cena igły:
    - dla dorosłych: ..... zł,
    - dla dużych dzieci: ..... zł,
    - dla małych dzieci ..... zł.
  - e. dostawa na koszt Wykonawcy zamówienia **TAK/NIE** jeżeli nie to koszt dostawy: ..... zł.
  - f. możliwość wypożyczenia zestawu treningowego: **TAK/NIE**, jeżeli **TAK** to jaka cena: ..... zł.  
za miesiąc.
  - g. przeprowadzenie szkolenia z zasad używania przedmiotu zamówienia w siedzibie Zamawiającego w dogodnym dla niego terminie **TAK/NIE**
  - h. czy przedmiot zamówienia posiada dokumenty poświadczające zgodność z normami, dyrektywami dotyczącymi wyrobów medycznych: **TAK/NIE**, jeżeli **TAK** to jakie  
.....
  - i. przewidywany termin dostawy od momentu złożenia zamówienia: ..... dni.
  - j. możliwość płatności przelewem do 30 dni **TAK/NIE** \*  
inna propozycja płatności: .....

w załączeniu: zdjęcia, folder, opis proponowanego przedmiotu zamówienia.

\* Przekreślić niepotrzebne

.....  
podpis Wykonawcy