|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения | | |  | Руководителю | |  |  |
| Краевая клиническая больница | | |  |  |  |  |  |
| ул. П. Железняка, 3, г. Красноярск, 660022 | | |  |  |  |  |  |
| Телефон: 8 (391) 220-16-13 | | |  |  |  |  |  |
| Факс: 8 (391) 220-16-23 | | |  |  |  |  |  |
| Е-mail: kkb@ medqorod. ru | | |  |  |  |  |  |
| Http://www.kkb1. krasu.ru | | |  |  |  |  |  |
| ОКПО 01913234 | | |  |  |  |  |  |
| ИНН/КПП 2465030876/246501001 | | |  |  |  |  |  |
| 20.05.2019 г. №.363-19 | | |  |  |  |  |  |
| На №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| О коммерческом предложении | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Уважаемые господа!** | | | | | | |  |
| Прошу Вас предоставить коммерческое предложение на право поставки следующего товара: | | | | | | | |
| **№ п/п** | **Наименование** | **Характеристики** | **Ед. изм.** | **Кол-во, шт** | **Цена, рублей** | **Страна происхождения** | **Остаточный срок годности** |
| 1 | Протез межпозвоночного диска для шейного отдела позвоночника | Функциональный протез диска шейного отдела позвоночника на уровнях С3-Th1. Общие требования. Система должна обеспечивать высоту межпозвонкового пространства шейного отдела позвоночника на уровнях C3-Th1 Система должна восстанавливать высоту межпозвонкового пространства Система должна обеспечивать сохранение концевых пластинок тел позвонков Система должна быть функциональной, сохранять полную подвижность в сегменте Система должна иметь два киля для стабильной фиксации Система должна состоять из двух пластин выполненных из Титана, ядра имеющего сферическую форму из поликарбонатуретана, волокон из полиэтилена ультравысокого молекулярного веса (UHMWPE) и полиуретановой оболочки ядра. Внешние поверхности опорных пластин системы должны быть шероховатыми и иметь Титан плазменное напыление (TPS). Должен иметь шесть степеней свободы с заданной физиологической аплитудой Требования к функциональным протезам. Два типа размера М, L Каждый функциональный протез должен иметь: Диапазон высоты 6.0, 7.0 мм. Диапазон ширины 15.0, 17.0 мм. Диапазон глубины 12.5, 14.0, 15.0, 16.0 мм. Должен иметь 4 отверстия для держателя позволяющие установку передним доступом. Поверхность должна иметь шероховатое титан плазменное напыление Должен иметь два киля для стабильной фиксации в теле позвонков. Высота килей должна быть не хуже 1,7 мм. должен быть функциональным должен быть в стерильной упаковке Требования к инструменту: Для установки протеза предоставляется специальные монтажные инструменты, упакованные в единый контейнер для автоклавируемой стерилизации. | шт. | 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Срок поставки: не более 5 календарных дней с момента заключения контракта. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Цена должна быть указана с учетом доставки до КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г.Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Информацию необходимо направить по факсу +7 (391) 220-16-23, электронной почте zakupki@medgorod.ru или по адресу г. Красноярск, ул. Партизана Железняка 3-б, отдел обеспечения государственных закупок, тел. 220-16-04 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Предложения принимаются в срок до 24.05.2019 17:00:00 по местному времени. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Руководитель контрактной службы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Куликова И.О./ | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Исполнитель: | | | | | | | |
| Алешечкина Е.А., тел.220-16-04 | | | | | | | |