



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
5η Υγειονομική Περιφέρεια  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας  
Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας  
ΓΝ-Κ.Υ Καρύστου \_ ΓΝ-Κ.Υ Κύμης

Ημερομηνία: 19/03/2026  
Αρ. Πρωτ.: 5868

Ταχ. Δ/ση: Θέση Βαθροβουνίου (όπισθεν ΚΤΕΛ), Χαλκίδα  
Διεύθυνση: Διοικητική Οικονομική Υπηρεσία  
Τμήμα: Γραφείο Προμηθειών  
Πληροφορίες: Μπούρου Αικατερίνη  
Τηλέφωνο: 2221355882  
E-mail: [sup2@chalkidahospital.gr](mailto:sup2@chalkidahospital.gr)

**Προς:**

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

**Θέμα: Κατάθεση προσφοράς για την προμήθεια «ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ ΤΡΙΠΛΟΥ ΑΥΛΟΥ» για την λειτουργία του Γ.Ν. Χαλκίδας.**

Σχετ.: Το αριθμ. πρωτ.: 4321/06-03-2026 αίτημα του Τμήματος Διαχείρισης Υλικού.

Παρακαλούμε όπως καταθέσετε την προσφορά σας, στην ηλεκτρονική διεύθυνση [email: sup2@chalkidahospital.gr](mailto:sup2@chalkidahospital.gr) (με σφραγίδα και υπογραφή), για την προμήθεια των κάτωθι ειδών:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΔΩΝ

Α/Α	ΕΙΔΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
1	<p><b>ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΣΤΕΝΩΣΕΩΝ ΤΡΙΠΛΟΥ ΑΥΛΟΥ</b> να είναι από 100% έγχρωμη σιλικόνη, με κωνικό, διαστολικό και ακτινοσκιερό άκρο, καθώς και κεντρική οπή για κατεύθυνση πάνω από οδηγό σύρμα. Με μεγάλους αυλούς και ασυμμετρικά τοποθετημένες πλαινές οπές για τη βέλτιστη παροχέτευση. Υψηλής διατακτικότητας ενισχυμένο μπαλόني 40-50ml και καθετήρας με αναγραφόμενο βαθμό σκληρότητας 85 πάνω στο σώμα του. Διάμετρος 18-24 ch, μήκος 43cm. Ιδανική χρήση με οδηγό σύρμα έως 0,035".</p>	20 τμχ.

Οι προσφορές πρέπει να κατατεθούν έως και την **Τρίτη 24-03-2026**.

Η τιμή να δίδεται ανά Τεμάχιο και ο ΦΠΑ να αναγράφεται χωριστά.

Να διατίθεται το είδος ετοιμοπαράδοτο.

Όλα τα υπό προμήθεια είδη θα φέρουν σήμανση CE, το οποίο θα αναγράφεται στην προσφορά σας.



Οι τιμές των υλικών στις προσφορές δεν θα πρέπει να ξεπερνούν αυτές που υπάρχουν στο παρατηρητήριο τιμών της ΕΠΥ.

Στην προσφορά να αναγράφεται τον α/α του παρατηρητηρίου της ΕΠΥ αν υπάρχει.

Σε περίπτωση που στην προσφορά σας αναγράφεται ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία στο παρατηρητήριο τιμών της ΕΠΥ θα καταθέσετε σχετική υπεύθυνη δήλωση.

Η ισχύς της προσφοράς σας να είναι τουλάχιστον για δώδεκα (12) μήνες, το οποίο θα αναγράφεται ευκρινώς όπως και ο χρόνος παράδοσης αυτών.

**Η Διοικητική Διευθύντρια  
του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας**

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΠΑΡΑΚΗ**