



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

Ημερομηνία: 06/08/2026
Αρ. Πρωτ.: 16135

Ταχ. Δ/νση: Θέση Βαθροβουνίου (όπισθεν ΚΤΕΛ), Χαλκίδα
Διεύθυνση: Διοικητική Οικονομική Υπηρεσία
Τμήμα: Γραφείο Προμηθειών
Πληροφορίες Παπαδοπούλου Νικολέττα
Τηλέφωνο: 22213-55895
E-mail: sup5gnx@chalkidahospital.gr

Προς:

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θέμα: Κατάθεση προσφοράς για την προμήθεια: «ΔΙΣΚΟΙ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ NCCLS», για τις ανάγκες του Γ.Ν Χαλκίδας.

Σχετ.: Η υπ' αριθμ. πρωτ. 12953/26-06-2026 αίτηση της Διαχείρισης υλικού.

Παρακαλούμε όπως καταθέσετε την προσφορά σας, στην ηλεκτρονική διεύθυνση
[email:sup5gnx@chalkidahospital.gr](mailto:sup5gnx@chalkidahospital.gr) (με σφραγίδα και υπογραφή), για την προμήθεια των κάτωθι ειδών:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΔΩΝ

ΔΙΣΚΟΙ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ NCCLS		
A/A	ΕΙΔΟΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ
1	AMPICILLINE	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
2	TETRACYCLINE	1 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ
3	PENICILLIN	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
4	RIFABICINE	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
5	CEFUROXIME	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
6	AMIKACIN	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ

7	AMOXYCILLIN/ CLAVULANIC	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
8	CEFOTAXIME	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
9	LINEZOLID	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
10	CEFAMANDOLE	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
11	NETILMICIN	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
12	CIPROFLOXACIN	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
13	ERYTHROMYCIN	1 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ
14	AMOXICILIN-CLARULANIC	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
15	CLINDAMYCIN	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
16	AMPICILLINE / SULBACTAM	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
17	CEFOTAXIME	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ
18	DEVOFLOXACIN	2 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ

Οι προσφορές πρέπει να κατατεθούν έως **και τη ΔΕΥΤΕΡΑ 10-08-2026**.

Η τιμή να δίδεται ανά ΤΕΜΑΧΙΟ 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. Σε περίπτωση που στην προσφορά σας αναγράφεται ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία στο παρατηρητήριο τιμών της ΕΠΥ θα καταθέσετε σχετική υπεύθυνη δήλωση.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει το είδος παρακαλούμε να μας ενημερώσετε στο ανωτέρω e-mail.

Η ισχύς της προσφοράς σας να είναι τουλάχιστον για έξι (6) μήνες, το οποίο θα αναγράφεται ευκρινώς όπως και ο χρόνος παράδοσης αυτών.

Η Υποδιευθύντρια

**Διεύθυνσης Διοικητικού - Οικονομικού
του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας**

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ