



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

Ημερομηνία: 01/04/2025  
Αρ. Πρωτ.: 5862

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

**Προς:**

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

**Θέμα:** Κατάθεση προσφοράς για την προμήθεια του είδους: «ΣΕΤ ΤΡΟΧΩΝ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΕΔΗΣΗΣ», «ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΣΤΑΤΩ ΟΡΟΥ ΦΟΡΕΙΩΝ - ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ», για τις ανάγκες του Γ.Ν Χαλκίδας.

Σχετ.: Οι υπ' αριθμ. πρωτ. 5232/21-03-2025, 5485/26-03-2025 αιτήματα της Τεχνικής Υπηρεσίας.

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

A/A	ΕΙΔΟΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ
1	<b>ΣΕΤ ΤΕΣΣΑΡΩΝ (4) ΤΡΟΧΩΝ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΕΔΗΣΗΣ</b> <b>(3+1 ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ)</b> Ο ΤΡΟΧΟΣ ΝΑ ΕΧΕΙ ΔΙΑΜΕΤΡΟ Φ 200 ΚΑΙ ΠΥΡΟ Φ32 ΤΟ ΣΕΤ ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ 3 ΑΠΛΟΥΣ ΤΡΟΧΟΥΣ ΚΑΙ 1 ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ	12 ΣΕΤ (ΤΩΝ ΤΕΣΣΑΡΩΝ)
2	<b>ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΒΑΣΗ ΓΙΑ ΣΤΑΤΩ ΟΡΟΥ ΦΟΡΕΙΩΝ – ΚΡΕΒΑΤΙΩΝ</b> 1) ΝΑ ΕΧΕΙ ΥΠΟΔΟΧΗ (ΟΠΗ) ΓΙΑ ΒΙΔΑ ΣΥΣΦΙΞΗΣ <b>M10</b> . 2) ΝΑ ΕΧΕΙ ΥΠΟΔΟΧΗ (ΟΠΗ) ΓΙΑ ΣΤΑΤΩ ΔΙΑΜΕΤΡΟΥ 16 ΧΙΛΙΟΣΤΩΝ  (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ)	50 ΤΜΧ

Οι προσφορές πρέπει να κατατεθούν έως και την **ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 04-04-2025**.

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 Διοικητική Διευθύντρια  
του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας**

**ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΜΕΓΑΡΙΤΗ**