Załącznik nr 3 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:…......................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa  Oferowanego produktu – nazwa handlowa | Nr katalog-owy | Jednostka miary | Cena za j.m. | Ilość | Wartość netto | VAT | Wartość Vat | Wartość brutto | Producent | Cena umowna/urzędowa | Gęstość dla koncentratów i roztworów- o ile dotyczy |
| 1. | BEVACIZUMAB |  |  | Fiol.100mg x 1 |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | BEVACIZUMAB |  |  | Fiol. 400mg x 1 |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

- przyjęcie oferty na dawki jednego producenta w ramach jednej substancji czynnej.

…..................................................... ……………………………………………………………….

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)