Załącznik nr 3/4 do SIWZ

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

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

**KALKULACJA CENOWA- OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**GRUPA 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia -nazwa międzynarodowa | Przedmiot zamówienia  - nazwa handlowa | Jedn. miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1 | **PALIVISUMABUM** |  | Fiol. ( 50 mg, 100 mg)  Roztwór do wstrzykiwań | 19 000 mg |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Program lekowy „ Profilaktyka zakażeń wirusem RS** |  | |

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

(Miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)