Załącznik nr 3/11 do SIWZ

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

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

**KALKULACJA CENOWA- OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**GRUPA 11**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia -nazwa międzynarodowa | Przedmiot zamówienia- nazwa handlowa | Jedn. miary | Ilość(12 m-cy) | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Cena urzędowa/ umowna | Producent |
| 1. | **BLINATUMOMAB** |  | Fiol. 38,5 mcg  | 126 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **RAZEM**  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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