Załącznik nr 3/7 do SIWZ

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

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

**KALKULACJA CENOWA- OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– GRUPA 7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | **INFLIXIMABUM** |  | Fiol. 100 mg a 20 ml  – proszek do sporządzania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji | 1800 |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Program lekowy „ Leczenie choroby Leśniowskiego – Crohna** |  |

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

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