ZAŁACZNIK NR 3 do SIWZ

EZP-271-2-125/PN/2019

Nazwa Wykonawcy………………………………………………………………………………

FORMULARZ CENOWY – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Dostawy produktu leczniczego - ADALIMUMAB – dla Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie**

Produkt leczniczy kod **: 33600000-6**

|  |
| --- |
| **PROGRAM LEKOWY „ Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów” oraz „Leczenie choroby Leśniowskiego – Crohna”**  |
| **L.p.** | **NAZWA** **MIĘDZYNARODOWA** | **JEDNOSTKA****MIARY [uwzględnia liczbę sztuk w opakowaniu]** | **ZAMAWIANA** **ILOŚĆ** **na 1 rok** | **Cena****jednostkowa****netto****za 1 opakowanie****[zł]** | **Wartość****łączna****netto****[zł]** | **Stawka****podatku****VAT****[%]** | **CENA****OFERTY****=****Wartość****łączna****brutto (z VAT)****[zł]** | **PRODUCENT****NAZWA HANDLOWA / OZNACZENIE**  |
| **Kol 1** | **Kol 2** | **Kol 3** | **Kol 4** | **Kol 5** | **Kol 6=** **[Kol 4 x Kol 5]** | **Kol 7** | **Kol.8=** **[Kol.6 + kwota VAT w PLN ]** | **Kol. 9** |
|  | **ADALIMUMAB** | **Amp – strzyk.40 mg – x 2 (w zestawie 2 amp-strzyk + 2 gaziki nasączone alkoholem)**  | **150** |  |  |  |  |  |

Wykonawca podaje informacje w TABELI w kolumnach od 5 do 9

 **………………………………….**

***podpis***