

**UWAGA:**

*W przypadku nie wypełnienia kolumny „nazwa produktu oferowanego, przyjmuje się iż zaoferowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”*

**Zadanie nr 1 – Interferon Pegylowany  $\alpha$ -2a**

| Lp. | Nazwa towaru                                                                                                                                                                                                                                          | Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN | j. m. | Ilość | Cena Jednostek Netto | Cena Jednostek Brutto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto | Producent |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------|-------|----------------------|-----------------------|---------------|------------|----------------|-----------|
| 1   | Interferon Pegylowany $\alpha$ -2a(ampułko-strzykawka lub/i wstrzykiwacz) w dawce 180 $\mu$ g/0,5ml i 135 $\mu$ g/0,5ml. Wielkość zamawianych dawek będzie zależna od zapotrzebowania szpitala i każdorazowo podawana przy zamówieniach częściowych * |                                               | mcg   | 54000 |                      |                       |               |            |                |           |
| 2   | Rybawiryna 0,2 x 168 tabletek *                                                                                                                                                                                                                       |                                               | op    | 60    |                      |                       |               |            |                |           |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               |       |       |                      |                       |               | RAZEM:     |                |           |

*W przypadku nie wypełnienia kolumny „nazwa produktu oferowanego, przyjmuje się iż zaoferowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”*

\*Kody EAN oferowanych preparatów mają być zgodne z wymaganymi przez NFZ

..... , dnia .....

.....

(podpis osoby-osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)