

FORMULARZ CENOWY – załącznik nr 2 SIWZ nr SPZOZ/PN/42/2016

**UWAGA :**

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

***Pakiet nr 1 – Ladipasvirum + Sofosbuvirum, Sofosbuvirum, Ribavirynum***

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Ladipasvirum + Sofosbuvirum 90+400mg x 28 tabl powlekanych *		op	12						
2	Sofosbuvirum 400mg x 28 tabl powlekane *		op	12						
3	Ribavirinum 200mg x 140 kapsulek twardych		op	10						
<b>RAZEM :</b>										

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

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

....., DNIA .....

*(podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczęcią imienną)*

**Pakiet nr 2 - Ombitasvir + Paritaprevir+Ritonavir oraz Dazabuvir i Ribaviryna**

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir tabl 12,5mg+75mg+50mg x 56 tabletek *		op	12						
2	Dazabuvir 250mg x 56 tabletek *		op	12						
3	Ribavirin tabl 200mg x 168 tabletek *		op	20						
RAZEM :										

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

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

....., DNIA .....  
 (podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)

**Pakiet nr 3 - Daclatasvir, Asunaprevir**

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Daclatasvir 0,06g x 28 tabletek powlekanych *		op	12						
2	Asunaprevir 0,1g x 28 kapsułek *		op	24						
RAZEM :										

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

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

....., DNIA .....  
 (podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)

**Pakiet nr 4 - Interferon alfa - 2a**

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk 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	20 000						
2	Rybawiryna 0,2 x 168 tabletek *		op	20						
<b>RAZEM :</b>										

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

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

....., DNIA .....  
 (podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczęcią imienną)

**Pakiet nr 5 - Lamivudyna**

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Lamivudyna 0,1g x 28 tabletek *		op	20						
2										
<b>RAZEM :</b>										

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

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

....., DNIA .....  
 (podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczęcią imienną)

**Pakiet nr 6 - Interferon alfa - 2b**

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Interferon Pegylowany $\alpha$ -2a ampulko – strzykawka w dawkach 80 $\mu$ g, 100 $\mu$ g, 120 $\mu$ g, 150 $\mu$ g, Wielkość zamawianych dawek będzie zależna od zapotrzebowania szpitala i każdorazowo podawana przy zamówieniach częściowych*		mcg	2 400						
2	Rybawiryna tabletki 0,2g x 140*		op	20						
<b>RAZEM :</b>										

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

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

....., DNIA .....  
 (podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczęcią imienną)

**Pakiet nr 7 - Tenofovir**

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Tenofovir tabl 245mg x 30 szt *		op	120						
2										
<b>RAZEM :</b>										

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

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

....., DNIA .....  
 (podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczęcią imienną)

**Pakiet nr 8 - Entekavir**

	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego + kod EAN	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Entekavir 0,001g tabl x 30*		op	30						
2	Entekavir 0,0005g tabl x 30*		op	15						
RAZEM :										

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

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

....., DNIA .....

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