**Załącznik nr 1**

**…………………………………………………….**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

***NIP: ………………………………………………***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa postać | j.m. | Ilość | C.j.netto | Wartość netto | Stawka podatku VAT % | C.j. brutto | Wartość brutto(wartość netto + VAT) | Producent Kod EAN | Nazwa handlowa, dawka, postać |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Lenalidomide- kaps. twarde (5 mg) 21 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |   |   |
| 2. | Lenalidomide- kaps. twarde (10 mg) 21 szt. | op | 190 |  |  |  |  |  |   |   |
| 3. | Lenalidomide- kaps. twarde (15 mg) 21 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |   |   |
| 4. | Lenalidomide- kaps. twarde (25 mg) 21 szt. | op | 490 |  |  |  |  |  |   |   |
|   | Razem |   |   |   |  |  |  |  |   |   |

 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Termin ważności produktu: …………. miesięcy**

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

**………………………………………..………………**

**Nr tel. …………………………….…………………**

**Nr fax………………………………………………..**

**e-mail ……………………………….………………**

 **…………………………………………………………….**

 ***(podpis)***