**Załącznik nr 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Alpelisibum**tabl. powl**.** 150 mg x 56 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Alpelisibum**tabl.powl. 50+200 mg 56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg) | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Alpelisibum**tabl. powl. 200 mg x 28 szt**.** | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Terminważnościproduktu: …………. miesięcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

(*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

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

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**Nr fax**………………………………………………..

**e-mail** ……………………………….………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Talazoparibum** kapsułki twarde, 0,25 mg x 30 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Talazoparibum** kapsułki twarde, 1 mg x 30 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Terminważnościproduktu: …………. miesięcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

(*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

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

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**Nr fax**………………………………………………..

**e-mail** ……………………………….………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Sacituzumabumgovitecanum -**  proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg | fiol. | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Terminważnościproduktu: …………. miesięcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

(*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

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

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**Nr fax**………………………………………………..

**e-mail** ……………………………….………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Trastuzumabderukstekan 100 mg**prosz. do sporządzania konc. roztw. do infuzji | fiol. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Terminważnościproduktu: …………. miesięcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

(*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

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

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**Nr fax**………………………………………………..

**e-mail** ……………………………….………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Ramucirumabum**konc. do sporządzania roztw. do infuzji, **10 mg/ml** 2 fiol.po 10 ml | op | 720 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Terminważnościproduktu: …………. miesięcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

(*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

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

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**Nr fax**………………………………………………..

**e-mail** ……………………………….………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Avelumabum**konc. do sporządzania roztw. do infuzji**, 20 mg/ml** 1 fiol.po 10 ml | op | 672 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Terminważnościproduktu: …………. miesięcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

(*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

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

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**Nr fax**………………………………………………..

**e-mail** ……………………………….………………