DZP/381/76B/2019

Załącznik nr 4.1 **ZMIENIONY**

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Część 1 - Immunoglobulinum humanum I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 4,5,6 niniejszej tabeli \* | **Kod EAN** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna  | Dawka | J.m. | Wymagana ilość  | Cena jednost.Netto **(za gram )**  | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| 1. |  |  | Imunoglobulina ludzka o zawartości: 1. IgG w preparacie co najmniej 95%; 2. IgA w preparacie max 50µg/ml; 3.różnorodność dostępnych opakowań: np.2,5, 5g, 10g, 20g, ; | iniekcje | 100mg/ml lub50mg/ml | g | 850 |  |  |  |  |

**Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania Immunoglobuliny stosowanej w jednostce chorobowej D84.8 (Inne określone niedobory odporności)**

…………………………………………………

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/76B/2019

Załącznik nr 4.2

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Część 2- Immunoglobulinum humanum II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 4,5,6 niniejszej tabeli \* | **Kod EAN** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna  | Dawka | J.m. | Wymagana ilość  | Cena jednost.Netto **(za gram )**  | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| 1. |  |  | Imunoglobulina ludzka  | iniekcje | 100mg/ml lub50mg/ml | g | 850 |  |  |  |  |

**Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania Immunoglobuliny stosowanej w programie lekowym :**

 **B.67 – Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych**

…………………………………………………

 *podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*