**Formularz cenowy/Załącznik nr 1 do Umowy**

Zamawiający wymaga aby oferując dany produkt leczniczy, Wykonawca podał następujące dane: nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania, nazwa producenta leku, kod GTIN

**PAKIET nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka środka kontrastowego** | **ilość** | **j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania** | **Producent** | **Kod GTIN** |
| 1 | Jodowy, niejonowy środek kontrastowy do podania dożylnego, stężenie 350 mg/ml. **Op. 500 ml.** | 1200 | Szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM PAKIET 1:** | | | | |  |  |  |  | | |

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym,*

*podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania*

*Podmiotu udostępniającego zasoby, zgodnie z formą reprezentacji określoną w rejestrze lub innym*

*dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Podmiotu albo przez*

*upełnomocnionego przedstawiciela*