Miejscowość ………………. dnia ……………….

…………………………………………

Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA DODATKOWA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy …………………………………………................................…………………………………

Siedziba ……………………………………………………………....................................………………………….

## PAKIET Nr 10

## Cena ofertowa z podatkiem VAT ……………………………zł w tym VAT ……………..%

Słownie: ……………………………………………………………………………………..................zł

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2022 roku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

*Z-ca Dyr.*

**Załącznik Nr 10 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY** - **PAKIET Nr 10**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  **międzynarodowa** | **Postać** | **Dawka** | **Zamawiana**  **Ilość sztuk kaps.** | **Oferowana ilość szt./ opak\*** | **Cena**  **jedn. netto za szt./ op. \*** | **VAT%** | **Wartość**  **netto** | **Wartość**  **brutto** | **Nazwa handlowa i wielkość oferowanego opakowania dawka, postać, producent, kod EAN** |
| 1 | Tretinoinum | kaps. miękkie | 10 mg | 1500 |  |  |  |  |  |  |

***Niepotrzebne skreślić***

**Zamawiający wymaga:**

1. aby lek znajdował się na liście leków refundowanych w części C w dniu otwarcia ofert.

2. aby cena leku nie przekraczała dotyczącej tego leku najniższej wysokości limitu finansowania przedstawionej na liście leków refundowanych

w dniu otwarcia ofert