**Załącznik nr 1**

**ZP 34/24 Wykaz przedmiotu zamówienia (wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego) należy dołączyć do oferty (załącznik do Formularza ofertowego) w wersji elektronicznej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**WYKAZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PAKIET NR 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Cena brutto opakowania** | **VAT w %** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Nazwa handlowa leku** | **Producent**  **dawka /ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Romiplastimum 125 mcg fiolka | 220 opak. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxx | xxxxxxxx | xxxx | xxxx |  |  | xxxxxxxxxx | xxxxxxxxx |

**Zamawiający zastrzega sobie wybór dawki preparatu. Wykonawca powinien posiadać w ofercie dawki: 125 mcg fiolka oraz 250 mcg fiolka.**

Zamawiający wymaga, aby produkty lecznicze oferowane przez Wykonawcę były umieszczone w katalogu leków refundowanych (zgodność kodów EAN), zgodnie z obwieszczeniem Ministerstwa Zdrowia **.**

Jeżeli MZ wycofa decyzję o refundacji zaoferowanego produktu, będzie to stanowiło podstawę do zaprzestania realizacji umowy w części dotyczącej danego produktu.

**Lek stosowany w procedurze B.98**

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

Osoba odpowiedzialna **za realizację zamówienia** ze strony Wykonawcy:

imię i nazwisko: ..................................................................

nr tel.: ..............................................................

e-mail pod który Zamawiający ma wysyłać pisemne zamówienia: ………………………………………………………………………

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści ofert**

**PAKIET NR 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Cena brutto opakowania** | **VAT w %** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Nazwa handlowa leku** | **Producent**  **dawka /ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Eltrombopagum 25 mg x 28 tabletek | 40 opak. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxx | xxxxxxxx | xxxx | xxxx |  |  | xxxxxxxxxx | xxxxxxxxx |

**Zamawiający zastrzega sobie wybór dawki preparatu. Wykonawca powinien posiadać w ofercie dawki: 25 mg x 28 tabletek oraz 50 mg x 28 tabletek**

Zamawiający wymaga, aby produkty lecznicze oferowane przez Wykonawcę były umieszczone w katalogu leków refundowanych (zgodność kodów EAN), zgodnie z obwieszczeniem Ministerstwa Zdrowia **.**

Jeżeli MZ wycofa decyzję o refundacji zaoferowanego produktu, będzie to stanowiło podstawę do zaprzestania realizacji umowy w części dotyczącej danego produktu.

**Lek stosowany w procedurze B.98**

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

Osoba odpowiedzialna **za realizację zamówienia** ze strony Wykonawcy:

imię i nazwisko: ..................................................................

nr tel.: ..............................................................

e-mail pod który Zamawiający ma wysyłać pisemne zamówienia: ………………………………………………………………………

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty**

**PAKIET NR 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Cena brutto opakowania** | **VAT w %** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Nazwa handlowa leku** | **Producent**  **dawka /ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Olipudaza alfa 4 mg fiolka | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxx | xxxxxxxx | xxxx | xxxx |  |  | xxxxxxxxxx | xxxxxxxxx |

**Zamawiający zastrzega sobie wybór dawki preparatu. Wykonawca powinien posiadać w ofercie dawki: 4 mg fiolka oraz 20 mg fiolka.**

Zamawiający wymaga, aby produkty lecznicze oferowane przez Wykonawcę były umieszczone w katalogu leków refundowanych (zgodność kodów EAN), zgodnie z obwieszczeniem Ministerstwa Zdrowia **.**

Jeżeli MZ wycofa decyzję o refundacji zaoferowanego produktu, będzie to stanowiło podstawę do zaprzestania realizacji umowy w części dotyczącej danego produktu.

Podane ilości poszczególnych produktów leczniczych są wielkościami szacunkowymi i w czasie obowiązywania umowy mogą ulec zmianie w zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego, wynikających z ilości i stanu zdrowia pacjentów oraz zastosowanych procedur medycznych, co oznacza, że nie stanowią ostatecznego wymiaru zamówienia.

W sytuacji gdy na lek nie będzie zapotrzebowania ze strony pacjenta lub Szpital nie będzie posiadał aktualnej umowy z NFZ - będzie to stanowiło podstawę do zaprzestania realizacji umowy w zakresie danego produktu leczniczego.

**Lek stosowany w procedurze B.158**

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

Osoba odpowiedzialna **za realizację zamówienia** ze strony Wykonawcy:

imię i nazwisko: ..................................................................

nr tel.: ..............................................................

e-mail pod który Zamawiający ma wysyłać pisemne zamówienia: ………………………………………………………………………

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty**

**PAKIET NR 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Cena brutto opakowania** | **VAT w %** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Nazwa handlowa leku** | **Producent**  **dawka /ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1. | Ewolokumab 140 mg roztwór do wstrzykiwań x 2 wstrzykiwacze | 10 op. x 2 wstrzyk. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxx | xxxxxxxx | xxxx | xxxx |  |  | xxxxxxxxxx | xxxxxxxxx |

Zamawiający wymaga, aby produkty lecznicze oferowane przez Wykonawcę były umieszczone w katalogu leków refundowanych (zgodność kodów EAN), zgodnie z obwieszczeniem Ministerstwa Zdrowia **.**

Jeżeli MZ wycofa decyzję o refundacji zaoferowanego produktu, będzie to stanowiło podstawę do zaprzestania realizacji umowy w części dotyczącej danego produktu.

Podane ilości poszczególnych produktów leczniczych są wielkościami szacunkowymi i w czasie obowiązywania umowy mogą ulec zmianie w zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego, wynikających z ilości i stanu zdrowia pacjentów oraz zastosowanych procedur medycznych, co oznacza, że nie stanowią ostatecznego wymiaru zamówienia.

W sytuacji gdy na lek nie będzie zapotrzebowania ze strony pacjenta lub Szpital nie będzie posiadał aktualnej umowy z NFZ - będzie to stanowiło podstawę do zaprzestania realizacji umowy w zakresie danego produktu leczniczego.

**Lek stosowany w procedurze B.101**

Cena pakietu z podatkiem VAT (brutto) ……………………………………………………………

Słownie zł:

Cena pakietu bez podatku VAT(netto) …………………………………………………………..

Słownie zł:

Osoba odpowiedzialna **za realizację zamówienia** ze strony Wykonawcy:

imię i nazwisko: ..................................................................

nr tel.: ..............................................................

e-mail pod który Zamawiający ma wysyłać pisemne zamówienia: ………………………………………………………………………

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty**