**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Formularz cenowy - Opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. Zad.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa handlowa\*** | **Nazwa producenta** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto\*\*** | **Wartość netto\*\*** | **VAT** | **Wartość brutto\*\*** | **Termin ważności oferowany przez producenta wskazany w ChPL** | **Oferowany termin ważności \*\*\*****(należy wskazać dla zamówienia gwarantowanego)** | **Uwagi** |
| **%** | **Wartość podatku VAT\*\*** |
| 1 | Szczepionka przeciw Cholerze, op. 1 dawka |  |  | Op. | GWARANT2 000 |  |  |  |  |  |  |  | Istnieje możliwość przeliczenia opakowań |
| OPCJA2 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Szczepionka przeciw wirusowemu Zapaleniu Wątroby typu B, op. 1 dawka |  |  | Op. | GWARANT3 000 |  |  |  |  |  |  |  | Wymagany minimalny okres ważności kwiecień 2024rok. |
| OPCJA3 000 |  |  |  |  |  |  |  | Wymagany minimalny okres ważności kwiecień 2024rok. |
| 3 | Szczepionka przeciw WZW typ A, op. 1 dawka |  |  | Op. | GWARANT129 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OPCJA 129 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Szczepionka przeciw wściekliźnie, op. 1 dawka |  |  | Op. | GWARANT417 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OPCJA 417 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, op. 1 dawka |  |  | Op. | GWARANT1 809 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OPCJA1 809 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

\*) Pełna nazwa handlowa tożsama z nazwą widniejącą na fakturze VAT wystawionej przez Wykonawcę oraz faktyczną nazwą widniejącą na opakowaniu;

\*\*) wartość w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku;

\*\*\*)

**Zadanie nr 1, 3, 4, 5**

**GWARANT -** Oferowany termin ważności liczony na dzień 10.05.2022r – minimum 80% całkowitego okresu ważności oferowanego przez producenta**;**

**OPCJA -** Okres ważności na dzień przesłania zamówienia opcjonalnego nie może być krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności oferowanego przez producenta**;**

***Zadanie nr 2***

**GWARANT -** Wymagany minimalny okres ważności kwiecień 2024 rok.

**OPCJA -** Wymagany minimalny okres ważności kwiecień 2024 rok. Okres ważności na dzień przesłania zamówienia opcjonalnego nie może być krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności oferowanego przez producenta**;**

***UWAGI:***

1. Wymagania warunków przechowywania oferowanego asortymentu - według zaleceń producenta.
2. Dostarczany produkt oznakowany zgodnie z decyzją nr 3/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 03.01.2014 r. w sprawie wytycznych określających wymagania w zakresie znakowania kodem kreskowym wyrobów dostarczanych do resortu obrony narodowej – Dz. Urz. MON z 07.01.2014, poz. 11.
3. Dodatkowe wymagania dotyczące produktu leczniczego:

Wykonawca oświadcza, że przed dostarczeniem towaru do magazynu Zamawiającego, dokona weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora produktu leczniczego (ATD) ze wszystkich produktów leczniczych, zgodnie z Art. 23 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (przepisy uwzględniające szczególne cechy łańcuchów dystrybucji w państwach członkowskich - dopuszczające możliwość wymagania od dostawcy weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora produktu leczniczego w przypadku, kiedy odbiorcą są m.in. siły zbrojne).

1. Wykonawcy posiadający status apteki mogą w swoich ofertach oferować wyłącznie asortyment dostępny bez recepty oraz niezawierający substancji narkotycznych i psychotropowych