**Załącznik nr 1.1 -**KOSZTORYS OFERTOWY

Część 1 **– Cyclophosphamide**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Dawka** | **Postać** | **Ilość szt./op. (A)** | **Cena jednostkowa brutto\* (B)** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent, status produktu (produkt leczniczy/wyrób medyczny/suplement)\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | Cyclophosphamide | 0,05g | draż. | 2000 szt. |  |  |  |

***RAZEM:***

\*- wypełnia Wykonawca

*\*\* Zamawiający wyraża zgodę na zmianę proponowanych postaci leków: tabletki na tabletki powlekane, drażetki i kapsułki i odwrotnie.*

*\*\*\* W sytuacji, gdy nie jest możliwa dostawa dokładnej ilości zapotrzebowanych ilości opakowań/sztuk z uwagi na sposób ich konfekcjonowania u wykonawców, Zamawiający dopuszcza modyfikację ich ilości przy zastosowaniu zasady zaokrąglenia w górę, tj. kalkulacji takiej ilości sztuk (opakowań), którą zamawiający będzie musiał zakupić, aby zostało zrealizowane jego zapotrzebowanie, przy założeniu pewnej nadwyżki lub dostarczenia opakowania z przeliczeniem na sztuki tak aby ilości sztuk były zgodne z zapotrzebowaniem Zamawiającego*

*\*\*\*\*Zamawiający wymaga zaoferowania produktów leczniczych z wyjątkiem sytuacji, kiedy dana substancja czynna nie posiada takiej rejestracji. Dopuszcza się wtedy wyroby medyczne, suplementy diety lub wyroby kosmetyczne. Proszę o podanie w tabeli statusu produktu.*

 ……………….………………..………………………………………
 (data i czytelny podpis uprawnionego przedstawiciela(i) Wykonawcy)