**Załącznik nr 1.1**

**KOSZTORYS OFERTOWY:** Część 1: Środki cieniujące do badań TK

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Dawka postać** | **Ilość ampułko -strzykawek****(A)** | **Cena jednostkowa za ampułko - strzykawek brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN\*\* producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| **1.** | Sulphur hexafluoride | 0,225 mg amp-strzykawka | 50 |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

*\*- wypełnia Wykonawca*

*\*\* - wypełnić jeżeli dotyczy*

 ………………………………………………………………………………………………………..

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

**Załącznik nr 1.2**

**KOSZTORYS OFERTOWY:** Część 2: Niejonowy dożylny paramagnetyczny środek cieniujący

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Dawka postać** | **Ilość w ml****(A)** | **Cena jednostkowa za ml brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN\*\* producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| **1.** | Niejonowy dożylny paramagnetyczny środek cieniujący Acidum gadotericum gęst 279,3 mg/ml/ 0,5 mmol/ml, lepkość w temp 37 st C-2,1 mPas/  | pojemność 10, 15, 20, 50 ml | 60 000 ml |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

*\*- wypełnia Wykonawca*

*\*\* - wypełnić jeżeli dotyczy*

 ………………………………………………………………………………………………………..

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

**Załącznik nr 1.3**

**KOSZTORYS OFERTOWY:** Część 3: Niejonowy dożylny paramagnetyczny środek cieniujący

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Dawka postać** | **Ilość w ml****(A)** | **Cena jednostkowa za ml brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN\*\* producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| **1.** | Niejonowy dożylny paramagnetyczny środek cieniujący Gadobutrolum gęst 604,72mg/ml/ 1mmol/ml, lepkość w temp 37 st C-4,96mPas/  | pojemność 7,5 15 30 65 ml | 40 000 ml |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

*\*- wypełnia Wykonawca*

*\*\* - wypełnić jeżeli dotyczy*

 ………………………………………………………………………………………………………..

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

**Załącznik nr 1.4**

**KOSZTORYS OFERTOWY:** Część 4: Niejonowy dożylny paramagnetyczny środek cieniujący

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Dawka postać** | **Ilość w ml****(A)** | **Cena jednostkowa za ml brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN\*\* producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| **1.** | Niejonowy dożylny paramagnetyczny środek cieniujący Gadoteridolum gęst 279,3 mg/ml/ 0,5mmol/ml, lepkość w temp 37 st C-1,3mPas | Pojemność 10, 15, 20 ml | 60 000 ml |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

*\*- wypełnia Wykonawca*

*\*\* - wypełnić jeżeli dotyczy*

 ………………………………………………………………………………………………………..

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