**Formularz cenowy/Załącznik nr 1 do Umowy**

Zamawiający wymaga aby oferując dany produkt leczniczy, Wykonawca podał następujące dane: nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania, nazwa producenta leku, kod GTIN

**PAKIET nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka środka kontrastowego** | **ilość** | **j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania**  | **Producent** | **Kod GTIN** |
| 1 | Paramagnetyczny, niejonowy, makrocykliczny środek kontrastowy do badań całego ciała metodą rezonansu magnetycznego w stężeniu 0,5 mmol/ml (gadoteridol) **fiolka 15 ml.** | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Paramagnetyczny, niejonowy, makrocykliczny środek kontrastowy do badań całego ciała metodą rezonansu magnetycznego w stężeniu 0,5 mmol/ml (gadoteridol) **fiolka 20 ml.** | 200 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM PAKIET 1:** |  |  |  |   |

**PAKIET nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka środka kontrastowego** | **ilość** | **j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania**  | **Producent** | **Kod GTIN** |
| 1 | Paramagnetyczny środek kontrastowy do badań całego ciała metodą rezonansu magnetycznego w stężeniu 0,5mmol/ml (kwas gadoterowy) **fiolka 20 ml** | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Paramagnetyczny środek kontrastowy do badań całego ciała metodą rezonansu magnetycznego w stężeniu 0,5mmol/ml (kwas gadoterowy) **fiolka 50 ml** | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Paramagnetyczny środek kontrastowy do badań całego ciała metodą rezonansu magnetycznego w stężeniu 0,5mmol/ml (kwas gadoterowy) **fiolka 15 ml,** | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM PAKIET 2:** |  |  |  |   |

**PAKIET nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka środka kontrastowego** | **ilość** | **j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania**  | **Producent** | **Kod GTIN** |
| 1 | Paramagnetyczny środek kontrastowy do badań wątroby metodą rezonansu magnetycznego w stężeniu 0,5 mmol/ml (gadoxetinian) **fiolka 10 ml.** | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Paramagnetyczny środek kontrastowy do badań metodą rezonansu magnetycznego w stężeniu 1 mmol/ml (gadobutrol) **amp-strz. 7,5 ml.** | 1000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Jodowy, niejonowy środek kontrastowy do podania dożylnego, stężenie **370 mg/ml**, op. **500 ml.** | 850 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM PAKIET 3:** |  |  |  |   |

**PAKIET nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka środka kontrastowego** | **ilość** | **j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania**  | **Producent** | **Kod GTIN** |
| 1 | Jodowy niejonowy hypoosmotyczny środek kontrastowy do podania dożylnego, stężenie **320 mg/ml**, op. **500 ml** | 700 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM PAKIET 4:** |  |  |  |   |

**PAKIET nr 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka środka kontrastowego** | **ilość** | **j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania**  | **Producent** | **Kod GTIN** |
| 1 | Jodowy niejonowy środek kontrastowy do podania dożylnego, stężenie **350 mg/ml**, op. **200 ml.** | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Jodowy niejonowy środek kontrastowy do podania dożylnego, stężenie **350 mg/ml**, op. **500 ml.** | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Paramagnetyczny środek kontrastowy do badania wątroby (kwas gadobenowy) stężenie **0,5 mmol/ml**, op. **20 ml.** | 50 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM PAKIET 5:** |  |  |  |  |  |  |  |    |

**PAKIET nr 6**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka środka kontrastowego** | **ilość** | **j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, postać farmaceutyczna, dawka, wielkość opakowania**  | **Producent** | **Kod GTIN** |
| 1 | Iohexolum 350 mg J/ml flakon a **500 ml** | 400 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM PAKIET 6:** |  |  |  |   |

  ***Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

 *przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z formą*

 *reprezentacji Wykonawcy określoną w rejestrze lub innym dokumencie, właściwym*

 *dla danej formy organizacyjnej Wykonawcy albo przez upełnomocnionego*

 *przedstawiciela Wykonawcy/Wykonawców.*