Data ..........................................

............................................... Zał. nr 1

pieczęć Wykonawcy do umowy nr ……………....

z dnia ………………..……..

**FORMULARZ CENOWY/ OFERTOWY**

**na dostawę**

**produktów leczniczych stosowanych** **w programach lekowych** **B.71, B.29, B.90, B.57, B.101, B.133, B157**

dla potrzeb Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego

im. J. Strusia w Poznaniu

**WYKONAWCA:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

(nazwa wykonawcy/firmy)

**ADRES:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

(podać dokładny adres wykonawcy/firmy)

**ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli jest inny niż powyżej):**…………………………………………………………………………….………….

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

(podać dokładny adres do korespondencji jeżeli jest inny niż powyżej)

**TEL./FAX**. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

(podać dokładne numery telefonu oraz numer faxu do wykonawcy/firmy, pod które zamawiający będzie kierował korespondencję)

**adres e-mail Wykonawcy:** ……………………………………………………………………………………………………………..……………………...

(dla korespondencji dotyczącej niniejszego postępowania)

**KRS lub Nr, data i organ prowadzący wpisu do ewidencji działalności gospodarczej:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**NIP:**…………………………..…………………………**REGON:**………………….……………………………….

**Płatności następować będą na rachunek bankowy Wykonawcy w :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nr konta bankowego Wykonawcy,** na które będzie przelewane wynagrodzenie z tytułu wykonywania niniejszej umowy:

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Opis leku zamawianego ,**  **wymagane dawki**  **zawartość opakowania** | | | **Nazwa leku oferowanego/dawka./ postać/ opakowanie/zest/**  **kod EAN** | **Zamawiana ilość**  **Op/mg** | | | | Cena jednostkowa opak/mg | | | | Wartość zamówienia | | | | | | | | | |
| **Cena**  **netto**  **(bez VAT)** | **Cena**  **brutto**  **(z VAT)** | | | Wartość netto **(bez VAT)**  Kol.4 x kol.5 | | | **Stawka % VAT** | | | **Wartość brutto**  **(z VAT)**  Kol.7 +%VAT z kol.8) | | | |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | | | | 5 | 6 | | | 7 | | | 8 | | | 9 | | | |
| **PAKIET 1 - Leki stosowane w programie leczenie chorych na WZW C B.71** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Glekaprewir+Pibrentaswir 100mg+40mg x 84 tabletek powlekanych | | |  | | **60** | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 2 - Leki stosowane w programie leczenie chorych z zaburzeniami motorycznymi w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona B.90** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Foslewodopa + foskarbidopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml a 10ml, 1 op x 7 fiol. po 10 ml | | |  | | | **100** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 3 – Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane B.29** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Ofatumumabum roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg x 1 wstrzykiwacz | | |  | | | **560** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 4 – Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane B.29** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Dimethylis fumaras kaps. dojel. twarde, 120 mg x 14 kaps. | | |  | | | **6** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Dimethylis fumaras kaps. dojel. twarde, 120 mg x 56 kaps. | | |  | | | **190** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 (ogółem) :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 5 – Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane B.29.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Natalizumabum roztwór do wstrzykiwań, 150 mg 2 amp.-strzyk. | | |  | | | **2** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Natalizumabum, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg 1 fiol.po 15 ml | | |  | | | **4** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 6 - Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane B.29.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Ozanimodum kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg 7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg) | | |  | | | **1** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Ozanimodum, kaps. twarde, 0,92 mg 28 sztuk. | | |  | | | **20** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 7- Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane B.29** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Siponimodum tabl. powl., 1 mg x 28 szt. | | |  | | | **36** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Siponimodum, tabl. powl., 2 mg x 28 szt. | | |  | | | **80** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 8- Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy B.28.; Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A B.57.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.**Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A x 1 fiolka | | |  | | | **460** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 9- Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy B.28.; Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A B.57.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j. X 1 fiol.po 300 j. | | |  | | | **5** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j. X 1 fiolka 500 j. | | |  | | | **145** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 10-Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy B.28.; Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A B.57.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 j. X 1 fiol.po 100 j. (LD50) | | | |  | | | **20** | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PAKIET 11- Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi B 101.** | | | | | | | | | | Inclisiranum roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg x 1 amp.-strzyk. 1,5 ml | |  | **5** |  |  |  |  |  | | **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 12 – Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi B 101.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Alirocumabum roztwór do wstrzykiwań, 150 mg x 2 wstrzykiwacze | | | |  | | | | **3** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Alirocumabum roztwór do wstrzykiwań, 300 mg x 1 wstrzykiwacz | | | |  | | | | **45** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 13 – Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi B 101.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Evolocumabum, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg x 2 wstrzykiwacze | | | |  | | | | **65** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 14 - Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane B.29** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Interferonum beta-1a roztwór do wstrzykiwań, 30 μg/0,5 ml x 4 amp.-strz. + 4 igły | | | |  | | | | **12** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Interferonum beta-1a roztwór do wstrzykiwań, 30 μg/0,5 ml x 4 wstrz. | | | |  | | | | **12** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 15 - Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą B.133.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Fremanezumabum roztwór do wstrzykiwań, 225 mg x 1 amp.-strzyk. 1,5 ml | | | |  | | | | **300** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET 16 - Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii B.157.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Ravulizumabum koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg x 1 fiolka 11 ml | | | |  | | | | **6** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 2.Ravulizumabum koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg x 1 fiolka 3 ml | | | |  | | | | **20** |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| OGÓŁEM: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
| **Słownie wartość z kol.9 :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### UWAGA! : Oferty można składać na całość przedmiotu zamówienia lub wybrany pakiet przy czym na pełen zakres wyszczególniony w danym pakiecie.

**Cenę oferty należy obliczyć w sposób następujący:**

- w kolumnie 5 (Cena netto (bez VAT) – należy wpisać cenę jednostkową bez podatku VAT

- w kolumnie 6 (Cena brutto (z VAT) - należy podać cenę jednostkową z kolumny 5 powiększoną o % VAT, obliczoną do 2-go miejsca po przecinku wg zasad arytmetycznych,

- w kolumnie 7 (Wartość zamówienia netto (bez VAT) – należy podać iloczyn ceny jednostkowej netto podanej w kolumnie 5 i liczby zamawianych opak. z kolumny 4,

- w kolumnie 8 (% VAT) – należy podać stawkę procentową podatku VAT zgodnie z przepisami obowiązującymi na dzień przygotowania oferty

- w kolumnie 9 (Wartość zamówienia brutto (z VAT) – należy podać wartości netto zamówienia podane w kol. 7 powiększone o stawki procentowe podatku VAT z kol. 8,

- w poz. „Ogółem wartość” należy podsumować wartości podane w kolumnach 7 i 9 w każdego pakietu.

- w pozycji „słownie: wartość brutto zamówienia (z VAT) z kol. 9: - należy wpisać wartości z kolumny 9

### Oświadczenia Wykonawcy:

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z warunkami specyfikacji oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuję bez zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że podane w formularzu ceny obejmują wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym przepisane prawem podatki (w tym także podatek VAT) , opłaty celne i graniczne, akcyzę, koszty transportu (dostawy do zamawiającego) i ubezpieczenia.

3. **Termin dostawy**  gwarantuję w ciągu **1** **dnia roboczego** od daty złożenia zamówienia. **Zamówienia należy składać za pośrednictwem telefax pod nr ……………………………………. lub e-mail na adres:………………………………………….**

4. **Akceptuję** **termin płatności faktury** **ciągu** **60 dni** **od daty jej doręczenia Zamawiającemu.**

1. **Oświadczam, że** na wszystkie oferowane leki posiadamy odpowiednie świadectwa potwierdzające dopuszczenie do obrotu medycznego w Polsce oraz, że leki te są zarejestrowane zgodnie z obowiązującymi przepisami i świadectwa rejestracji zostaną okazane na każde żądanie zamawiającego.
2. Przy dostawie Zamawiający sprawdzi kod EAN dostarczanego produktu leczniczego na fakturze z kodem EAN z formularza ofertowego (załącznik nr 1 do umowy), w przypadku niezgodności Zamawiający odmówi przyjęcia dostawy.

7. Oświadczam, że wybór oferty **prowadzi/nie prowadzi** \* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

8. Rodzaj wykonawcy:

☐ mikroprzedsiębiorstwo,

☐ małe przedsiębiorstwo,

☐ średnie przedsiębiorstwo,

☐ jednoosobowa działalność gospodarcza,

☐ osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

☐ inny rodzaj.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu [w przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)]".

\* niepotrzebne skreślić

…..………………………………………………….…………

***Podpis osoby upoważnionej***

- należy podać nazwisko i stanowisko osoby składającej podpis