СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА ИНТЕРНЕ БОЛЕСТИ ВРЊАЧКА БАЊА

Ул. Oсмог Марта 12, Врњачка Бања

ПИБ: 105370087, МБ.: 17689134

E-mail: bolnicavb@gmail.com

Број набавке: 30/22

Дана: 27.09.2022 год

Назив понуђача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса, тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПИБ, МБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Текући рачун\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особа за контакт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Партија I – Обаразц понуде са структуром цене

Најљубазније Вас молимо најкасније до 03.10.2022 год до 13:00 часова да доставите понуду за:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р.б | Назив добра | Jeд.мере | Количина | Јед .цена  без ПДВ-а | Јед. цена  са ПДВ-ом | Укупна цена  без ПДВ-а | Укупна цена  са ПДВ-ом | Произвођач | Заштићени назив лека |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| 1 | Adrenalin hidrohlorid (epinefrin) 1mg/1ml, rastvor za injekciju | амп | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Aminofilin 24mg/10 ml ili 250mg/10 ml, rastvor za injekciju/infuziju sol | амп | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Calcium gluconate 10%, 10ml, inj | амп | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Naloxon 0,4mg/ml  hidrohlorid | амп | 10 |  |  |  |  |  |  |

Напомена:

За набавку нерегистрованих лекова, неопхподна је сагласност увозника или произвођача за учешће у набавци.Такође је потреба изјава о континуираном снабдевању током трајања уговора и NO атест.

Услови:  
\*Место испоруке: Ф-цо магацин купца

\*Рок и начин испоруке: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Гарантни рок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (приликом испоруке лекова обавеза је добављача да рок употребе испорученог лека не буде краћи од

годину дана )

\*Рок и начин плаћања: 90 дана од дана издавања рачуна

Понуду доставити на траженом обрасцу.

МП Понуђач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_