|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Specifikace předmětu plnění a cenová nabídka - Příloha č. 1** |

 |  |  |
| Název zakázky: | **VZ0161596: Psychiatrická nemocnice Jihlava - Nákup léků s účinnou látkou Aripiprazol** |  |
| Dodavatel: | **Allianze Healthcare s.r.o.** |  |
| IČO: | **14707420** |  |
| Adresa: | **Podle Trati 624/7, 108 00, Praha 10 - Malešice** |  |
| Tel.:  | **xxxxx** |  | E-mail: | **xxxxx** |  |
|   |  |  |  |   |  |   |   |
| **Specifikace** |   |  |  |  |  |  |  |
| **Účinná látka aripiprazol - síla v mg/ml** ATC skupina N05AX12  | **Léková forma** | **Nabídka dodavatele**  |  |  |  |  |
| (dodavatel uvede ANO, příp. svůj popis) |  |  |  |  |
| 400 mg | prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi s prodlouženým uvolňováním v přeplněné injekční stříkačce inj. plq. sur. isp.  | ANO |  |  |  |  |
|  |   |   |  |  |  |  |  |
| **Uvedené síly a lékové formy JSOU požadovány nabídnout od jedné firmy (výrobce).** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |   |  |  |  |
| **Cenová nabídka** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Výrobní název léčivého přípravku** | **Kód SÚKLu** | **Síla a léková forma**(MJ = 1x1, 6ml+3J ) | **Požadovaný předpokládaný počet MJ  (za 2 roky)** | **Cena za MJ bez DPH** (uvést číslo se dvěma desetinnými místy) | **Cena celkem bez DPH (za 2 roky)** | **10% DPH** | **Cena celkem s DPH (za 2 roky)** |
|  ABILIFY MAINTENA 400MG INJ PLQ SUR ISP 1x1, 6ML +3J | 0210916  | 400 mg | 240 |  4 314,02 Kč | **1 035 364,80 Kč** | 103 536,48 Kč | **1 138 901,28 Kč** |
|  |  |  |  | **Cena celkem** | **1 035 364,80 Kč** | **103 536,48 Kč** | **1 138 901,28 Kč** |
|  |  |  |   |  |   |  |  |
| **Přepočet na reálně nabízené balení léku:** | **Velikost balení** (1balení obsahuje níže uvedený počet MJ / ks stříkaček) | **Cena za MJ bez DPH** (uvést číslo se dvěma desetinnými místy) | **Cena celkem bez DPH za balení** | **10% DPH** | **Cena celkem s DPH za balení** |  |  |
|   | 1  | 4 314,02 Kč | **4 314,02 Kč** | 431,40 Kč | **4 745,42 Kč** |  |  |
|   |   |   |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Datum:** |  | **Podpis:** |   |  |
| **Jméno osoby oprávněné jednat za dodavatele:** | XXX |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Dodavatel je povinen vyplnit všechna zeleně označená pole.*** |  |  |  |  |  |
| ***Ceny jsou konečné, uvedeny včetně dopravy.*** |  |  |  |  |  |