DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.1 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 1 - Pemetrexed**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \*/**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Pemetrexed | proszek do sporządzania roztworu do infuzji | 0,1g | szt. | 40 |  |  |  |  |
| proszek do sporządzania roztworu do infuzji | 0,5g | 20 |  |  |  |  |
| proszek do sporządzania roztworu do infuzji | 1g | 70 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.2 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 2 – Doxorubicyna liposomalna pegylowana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |  |
| 1. |  | Doxorubicinum liposomalum pegylatum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 10ml | 2mg/ml | szt. | 150 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.3 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 3 – Doxorubicyna liposomalna niepegylowana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za zestaw) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Doxorubicinum liposomalum nonpegylatum | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji | 0,05g | zestaw | 40 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.4 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 4 – Bleomycyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Bleomycini sulas | proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 15000 IU | szt. | 300 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.5 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 5 – Cisplatyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli **\*/PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Cisplatinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,01g/10ml | szt. | 30 |  |  |  |  |
| 0,05g/50ml | 150 |  |  |  |  |
| 0,1g/100ml | 600 |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.6 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 6 – Dakarbazyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \***/PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Dacarbazinum | proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji | 100mg | szt. | 30 |  |  |  |  |
| 200mg | 30 |  |  |  |  |
| 500mg | 100 |  |  |  |  |
| 1000mg | 20 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.7 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 7– Kapecytabina**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \*/**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Capecitabine | doustna | 0,15g | szt. | 15000 |  |  |  |  |
| 0,5g | 54000 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.8 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 8 – Docetaxel**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \*/**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Docetaxel | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,02g/1ml | szt. | 50 |  |  |  |  |
| 0,08g/4ml | 20 |  |  |  |  |
| 0,14g/7ml | 20 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.9 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 9 – Karboplatyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* /**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Carboplatinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,05g/5ml | szt. | 200 |  |  |  |  |
| 0,15g/15ml | 150 |  |  |  |  |
| 0,45g/45ml | 70 |  |  |  |  |
| 0,6g/60ml | 50 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.10 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 10 – Fluorouracyl**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \*/**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 |  | Acidum Levofolinicum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,2g/4ml | Szt. | 200 |  |  |  |  |
| 0,45g/9ml | 200 |  |  |  |  |
| 2 |  | Fluorouracilum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 1g/20ml | szt. | 100 |  |  |  |  |
| 5g/100ml | 300 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.11 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 11 – Gemcytabina**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \*/**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Gemcytabinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 1g/25ml | szt. | 100 |  |  |  |  |
| 2g/50ml | 400 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.12 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 12 – Irinotecan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \*/**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Irinotecan | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,04g/2ml | szt. | 300 |  |  |  |  |
| 0,1g/5ml | 200 |  |  |  |  |
| 0,3g/15ml | 300 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.13 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 13 – Oksaliplatyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \*/**PRODUCENT** | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Oxaliplatinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,2g/40ml | szt. | 500 |  |  |  |  |
| 0,1g/20ml | 300 |  |  |  |  |
| 0,05g/10ml | 300 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

\*Wykonawca jest zobowiązany do zaoferowania w ramach danej części produktów leczniczych pochodzących od tego samego producenta.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.14 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 14 – Vincristin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Vincristini sulfas | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,001g/1ml | szt. | 70 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.15 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 15 – Leki odurzające i psychotropowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Ketamine | iniekcje | 0,2g | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodone | doustna | 20mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodone | doustna | 5mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodone | doustna | 10mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodane | iniekcje | 0,01g/ml | szt. | 3500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ketamine | iniekcje | 0,5g/10ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Buprenorphinum | tabletki podjęzykowe | 0,4mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Buprenorphinum | System transdermalny | 35mcg/h | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Buprenorphinum | System transdermalny | 70mcg/h | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Buprenorphinum | System transdermalny | 52,5mcg/h | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fentanylum | System transdermalny | 25mcg/h | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fentanylum | System transdermalny | 50mcg/h | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fentanylum | System transdermalny | 75mcg/h | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fentanylum | System transdermalny | 100mcg/h | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fentanylum | iniekcje | 50mcg/ml | szt. | 25000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Estazolam | doustna | 2mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Midazolam | iniekcje | 0,015g/2ml | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Zopiclone | doustna | 7,5mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Midazolam | iniekcje | 50mg/10ml | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Midazolam | iniekcje | 5mg/ml | szt | 8000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Midazolam | iniekcje | 15mg/3ml | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ephedrine | iniekcje | 0,025g/ml | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diazepam | doustna | 5mg | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Zolpidem | doustna | 10mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alprazolam | doustna | 0,5mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pethidine | iniekcje | 0,05g/ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Morphine sulphate | Tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu | 0,02g | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodane+ Naloxone | doustna | 5mg + 2,5mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodane+ Naloxone | doustna | 10mg + 5mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodane+ Naloxone | doustna | 20mg + 10mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.16 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 16 – Układ sercowo - naczyniowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Isosorbidi mononitras | doustna | 10mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Isosorbidi mononitras | doustna | 50mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Enalaprili maleas | doustna | 5mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Enalaprili maleas | doustna | 10mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Enalaprili maleas | doustna | 20mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Trandolaprilum | doustna | 2mg | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ticlopidini hydrochloridum | doustna | 250mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Verapamili hydrochloridum | doustna | 80mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Verapamili hydrochloridum | doustna | 40mg | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Propranololum | iniekcje | 0,001g/ml | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sulodexide | doustna | 250 J.LS | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sulodexine | iniekcje | 600j.SL/2ml | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glyceryl trinitrate | iniekcje | 0,01g/10ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Propafenone | doustna | 150mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glyceroli trinitras | aerozol | 0,4mg/dawkę | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Indapamidum | doustna | 2,5mg | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Trimetazidini dihydrochloridum | doustna | 20mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Propafenonum | doustna | 150mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Losartanum kalicum | doustna | 50mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Warfarinum natricum | doustna | 3mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Warfarinum natricum | doustna | 5mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diltiazemi hydrochloridum | doustna | 90mg | szt. | 450 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pentoxifyllinum | doustna | 100mg | szt. | 2700 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Doxazosini mesilas | doustna | 4mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Atenololum | doustna | 25mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sotaloli hydrochloridum | doustna | 80mg | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Captoprilum | doustna | 12,5mg | szt. | 15000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Captoprilum | doustna | 25mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Digoxinum | doustna | 100mcg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Digoxinum | doustna | 250mcg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Digoxin | iniekcje | 0,25mcg/ml | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diosminum | doustna | 500mg | szt. | 7200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fenofibratum | doustna | 267mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Spironolactonum | doustna | 25mg | szt. | 18000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Furosemidum | doustna | 40mg | szt. | 14400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pentaerithrityli tetranitras | doustna | 100mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydrochlorothiazidum | doustna | 12,5mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydrochlorothiazidum | doustna | 25mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Chlortalidonum | doustna | 50mg | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clonidini hydrochloridum | doustna | 75mcg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Molsidominum | doustna | 2mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Molsidominum | doustna | 4mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Monoazotan izosorbidu | Tabletki o przedłużonym uwalnianiu | 60mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nicergolinum | doustna | 10mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nitrendipinum | doustna | 10mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nitrendipinum | doustna | 20mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Eplerenonum | doustna | 50mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amiodaroni hydrochloridum | doustna | 200mg | szt. | 2700 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diltiazemi hydrochloridum | doustna | 60mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diltiazemi hydrochloridum | doustna | 60mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Propranololi hydrochloridum | doustna | 10mg | szt. | 11000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Propranololi hydrochloridum | doustna | 40mg | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Quinaprilum | doustna | 10mg | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Quinaprilum | doustna | 20mg | szt. | 2700 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Simvastatinum | doustna | 20mg | szt. | 9520 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sotaloli hydrochloridum | doustna | 40mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Spironolactonum | doustna | 100mg | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Verapamili hydrochloridum | doustna | 120mg | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nebivolol | doustna | 5mg | szt. | 11200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Torasemide | iniekcje | 0,02g/4ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Epinephrine | ampułkostrzykawka | 0,003mg/ 0,3ml | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Potassium canrenoate | iniekcje | 0,2g/10ml | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Zofenopryl | doustna | 30mg | szt. | 2800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Zofenopryl | doustna | 7,5mg | szt. | 840 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cilazapril | doustna | 1mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Toramide | doustna | 10mg | szt. | 4500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Toramide | doustna | 5mg | szt. | 4500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lercanidipine | doustna | 10mg | szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lercanidipine | doustna | 20mg | szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Standaryzowana zawiesina kultury bakteryjnej Escherichia coli | maść 25mg | 166,7mg | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Epinephrine | iniekcje | 0,001g/ml | szt | 16000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metoprolol | iniekcje | 0,005g/5ml | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fenofibrate | doustna | 267mg | szt | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dopaminum hydrochloricum | iniekcje | 0,2g/5ml | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Methyldopa | doustna | 0,25g | szt | 2500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Midodrine hydrochloride | doustna | 2,5mg | szt | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metoprolol | doustna | 50mg | szt | 4500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mivacurium chloride | iniekcje | 0,01g/5ml | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ezetimibe | doustna | 10mg | szt | 840 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.17 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 17 - Carbacholum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Miostat | Carbacholum | iniekcje | 0,1mg/ml | szt. | 720 |  |  |  |  |

\*zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania produktów równoważnych pod warunkiem, że spełniają one wymagania określone w kolumnie 3, 4,5 niniejszej tabeli. Jeżeli zaoferowano produkt równoważny, **należy nanieść stosowną zmianę w kolumnie 2 niniejszej tabeli.**

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.18 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 18 – Leki stosowane w zakażeniach I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Fosfomycinum | Granulat do przygotowywania roztworu doustnego | 8g | szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fosfomycinum | Granulat do przygotowywania roztworu doustnego | 3g | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Aciclovirum | iniekcje | 250mg | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cefepimum | iniekcje | 1000mg | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gancyclovir | Proszek do przygotowywania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji | 0,5g | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gentamicinum | iniekcje 2ml | 40mg/ml | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ertapenem | Proszek do przygotowywania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji | 1g | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Penicillinum crystalisatum | Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 3mln j.m. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Penicillinum crystalisatum | Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 5mln j.m. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Streptomycinum | Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 1g | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Azithromycinum | iniekcje | 500mg | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cefepime | iniekcje | 1g | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Spiramycinum | doustna | 3000000j.m. | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cefotaxime | iniekcje | 1g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cefotaxime | iniekcje | 2g | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amoxicillinum | doustna | 1g | szt. | 320 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sulfamethoxazolum+ Trimethoprimum | doustna | 400mg+80mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Erythromycini cyclocarbonas | doustna | 250mg | szt. | 1120 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Doxycyclinum | doustna | 100mg | szt. | 3200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clarithromycinum | doustna | 500mg | szt. | 1260 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lamivudine+ Zidovudine | doustna | 0,15g + 0,3g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Penicylinum procainum | iniekcje | 1200000j.m. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clonazepamum | iniekcje | 1mg/ml | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clonazepamum | doustna | 0,5mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Temazepamum | doustna | 10mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Moxifloxacinum | doustna | 400mg | szt. | 140 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Neomycinum | doustna | 250mg | szt. | 1280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Norfloxacinum | doustna | 400mg | szt. | 5200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amoxicillinum | doustna | 500mg | szt. | 9920 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Isoniazidum, Rifampicinum | doustna | 300mg + 150mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Isoniazidum, Rifampicinum | doustna | 150mg + 100mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rifampicinum | doustna | 150mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rifampicinum | doustna | 300mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oseltamivirum | doustna | 75mg | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tinidazolum | doustna | 500mg | szt. | 160 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ketokonazole | doustna | 0,2g | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hepatitis B Vaccine | iniekcje | 0,02mg/ml | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hepatitis B Immune globulin | iniekcje | 180 j.m./ml | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gentamycinum | iniekcje | 0,04g/ml | szt | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciprofloxacin | iniekcje | 0,2g/20ml | szt | 30000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Teicoplanin | iniekcje | 0,4g | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.19 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 19 – Przewód pokarmowy i metabolizm**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Mesalazinum | zawiesina | 4g/60ml | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mesalazinum | Czopki | 250mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mesalazinum | doustna | 0,5g | szt. | 17000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sucralfate | Zawiesina 250ml | 1g/5ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ondansetron | iniekcje | 4mg/2ml | szt. | 15000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ondansetron | iniekcje | 8mg/4ml | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lactobacillus reuteri Protectis | tabletki do ssania/gryzienia/ żucia | 100 milionów żywych aktywnych komórek | szt. | 32000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pancreatinum | doustna | 25000j.m. | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sucralfatum | doustna | 1g | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Drotaverini hydrochloridum | doustna | 40mg | szt. | 15000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pikosiarczan sodu+tlenek magnezu+kwas cytrynowy+potas | saszetka | 0,01g+3,5g+10,97+195mg/ saszetkę | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Budesonidum | doustna | 3mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lactobacillus rhamnosus | krople 5ml | 1mld /krople | op. | 280 | 1 | 280 |  |  |  |  |
|  |  | Nystatin | doustna | 500000j.m | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nystatin | zawiesina 24ml | 100000j.m./ml | op. | 1000 | 1 | 1000 |  |  |  |  |
|  |  | Thiethylperazinum | czopki | 6,5mg | szt. | 360 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alfacalcidolum | doustna | 0,25mcg | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alfacalcidolum | doustna | 1mcg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Atropini sulphas | doustna | 0,25mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Carbo medicinalis | doustna | 200mg | szt. | 1600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nicotinylmethylamidum | doustna | 500mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dimeticonum | doustna | 50mg | szt. | 52000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metformini hydrochloridum | doustna | 500mg | szt. | 21000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metformini hydrochloridum | doustna | 850mg | szt. | 7200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metformini hydrochloridum | Tabletki o przedłuzonym uwalnianiu | 750mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nifuroxazidum | doustna | 100mg | szt. | 5760 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Omeprazolum | doustna | 20mg | szt. | 19600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glimepiride | doustna | 1mg | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glimepiride | doustna | 2mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glimepiride | doustna | 3mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glimepiride | doustna | 4mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Atropini sulphas, Diphenoxylati hydrochloridum | doustna | 2,5g + 0,025mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ferrosi sulfas + Acidum ascobicum | doustna | 100mg Fe(II) + 60mg | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Famotidinum | doustna | 20mg | szt. | 11000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Famotidinum | doustna | 40mg | szt. | 1600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum ursodeoxycholicum | doustna | 150mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum ursodeoxycholicum | doustna | 300mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Potassium chloride | doustna | 0,75g | szt. | 72000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Kalii Citras +Kalii hydrocarbonas | proszek | 0,782gK+/3g | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Linagliptyna | doustna | 0,005g | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Itopride | doustna | 50mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hyoscine butylbromide | iniekcje | 0,02g/ml | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum lispro | iniekcje 3ml | 100j.m./ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulina lispro + zawiesina protaminowa insuliny lispro | iniekcje 3ml | 25% + 75% | szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rozpuszczalna insulina aspart + insulina aspart krystalizowana z protaminą | iniekcje 3ml | 30% + 70% | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rozpuszczalna insulina aspart + insulina aspart krystalizowana z protaminą | iniekcje 3ml | 50% + 50% | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum aspart | iniekcje 3ml | 100j.m./ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum detemirum | iniekcje 3 ml | 100j.m./ml | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum humanum krótko działająca | Roztwór do wstrzykiwań (wkłady) 5ml | 100j.m./ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Loperamidum | doustna | 2mg | szt. | 13500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Makrogol 4000 + bezwodny siarczan sodu + wodorowęglan sodu + chlorek sodu + chlorek potasu | Doustna proszek do rozpuszczania | 64g + 5,7g +1,68g + 1,46g + 750mg/saszetkę | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Magnesium hydroaspartate | doustna | 0,3g | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Calcium carbonate | doustna | 1g | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Calcium carbonate | doustna | 0,5g | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lactulose | syrop 300ml | 10g/15ml | op | 600 | 1 | 600 |  |  |  |  |
|  |  | Mebeverine hydrochloride | doustna | 0,2g | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Potassium citrate | granulat musujący | 782K+/3g | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Magnesium carbonate | doustna | 0,125g | szt. | 12000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nifuroxazidum | zawiesina 90ml | 0,22g/5ml | op | 20 | 1 | 20 |  |  |  |  |
|  |  | Papaverine hydrochloride | iniekcje | 40mg/2ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ranitidine | iniekcje | 0,05g/5ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Butylscopolamine | Czopki doodbytnicze | 0,01g | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ornithine aspartate | iniekcje | 5g/10ml | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Empagliflozyna | doustna | 10mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Canagliflozin | doustna | 0,3g | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga do każdego opakowania insuliny dostarczenia igieł do pena.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.20 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 20 – Leki różne I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Xylometazolinum | krople do nosa 10ml | 1,00% | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2222222 |  | Hydrocortisonium + Natamycyna + Neomycinum | krem 15g | 10mg+10mg+3500j.m. | op. | 50 | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 3333333 |  | Collagenasum | maść 20g | 1,2 j./g | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 3333334 |  | Krople żołądkowe | płyn | 35g | op. | 20 | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 5555555 |  | Menthae piperitae tinctura | płyn | 35g | op. | 20 | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 6666666 |  | Bezbiałkowy dializat z krwi cieląt | ampułki 2ml | 42,5mg/ml | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 7777777 |  | Bezbiałkowy dializat z krwi cieląt | maść 20g | 2,07mg/g | op. | 50 | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 8888888 |  | Mometasoni fuoras | krem 15g | 1mg/g | op. | 30 | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 9999999 |  | Clobetasoli propionas | maść 25g | 0,5mg/g | op. | 30 | 1 | 30 |  |  |  |  |
| **111**1110 |  | Aqua purificata | iniekcje | 10ml | szt. | 120000 |  |  |  |  |  |  |
| 11111111 |  | Detreomycinum | maść 5g | 2,00% | op. | 500 | 1 | 500 |  |  |  |  |
| 11111112 |  | Aqua pro injectione | Płyn butelka | 500ml | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
| 11111113 |  | Potassium permanganate | doustna | 0,1g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 11111114 |  | Lactobacillus rhamnosus | kapsułki dopochwowe |  | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 11111115 |  | Oleum linii virginale | maść 30g | 20,00% | op. | 180 | 1 | 180 |  |  |  |  |
| 11111116 |  | Pyoctainum | roztwór wodny 20g | 1,00% | op. | 30 | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 11111117 |  | Silver sulfathiazole | krem | 2% | op. | 160 | 1 | 160 |  |  |  |  |
| 11111118 |  | Clotrimazolum | krem | 0,01g/g | op. | 120 | 1 | 120 |  |  |  |  |
| 11111119 |  | Hydrocortisonum | krem 15g | 10mg/g | op. | 100 | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 22222220 |  | Neomycinum | aerozol na skórę 32g | 11,72mg/g | op. | 200 | 1 | 200 |  |  |  |  |
| 22222221 |  | Natrii polystyreni sulfonas | proszek doustny lub do sporządzania zawiesiny doodbytniczej | 1,42g/15g | op. | 20 | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 22222222 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22222223 |  | Albendazolum | zawiesina | 0,4g/20ml | op. | 10 | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 22222224 |  | Chloroquini phosphas | doustna | 250mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 22222225 |  | Pyrantelum | doustna | 250mg | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 22222226 |  | Chlorhexidine | płyn 200ml | 0,10% | op. | 20 | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 22222227 |  | Aluminium acetotartrate | żel 75g | 1,00% | op. | 100 | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 22222228 |  | Aluminium acetotartrate | tabletki rozpuszczalne | 1g | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| 22222229 |  | Calcium lactate | tabletki musujace | 0,18g Ca | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 33333330 |  | Acetazolamid | doustna | 0,25g | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 33333331 |  | Flumazenil | iniekcje | 500mcg/5ml | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 33333332 |  | Unguentum calendule | Maść | 20g | op. | 40 | 1 | 40 |  |  |  |  |
| 33333333 |  | Dexpanthenol | aerozol pianka 130g | 4,63% | op. | 30 | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 33333334 |  | Suppositoria glyceroli | czopki doodbytnicze | 2g | Szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 33333335 |  | Fluconazolum | syrop 150ml | 50mg/10ml | op. | 5 | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 33333336 |  | Policresulenum | płyn 50ml | 36,00% | op. | 5 | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 33333337 |  | Bizmutowy galusan zasadowy + Bizmutowy tlenek + Bizmutowy oksyjodogalusan + Rezorcyna + Kwas borowy + Tlenek cynku + Balsam peruwiański | czopki doodbytnicze | 42,4mg + 17,4mg + 0,6mg + 17,4mg + 357mg + 212mg +35,4mg | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 33333338 |  | Eter poliwinylobutylowy | płyn 100ml | 100,00% | op. | 10 | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 33333339 |  | Natrii dihydrophosphas + Natrii hydrophospłas | płyn doodbytniczy |  | op. | 400 | 1 | 400 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.21 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 21 – Ośrodkowy układ nerwowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Hydroxyzini hydrochloridum | doustna | 10mg | szt. | 28500 |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  | Hydroxyzini hydrochloridum | doustna | 25mg | szt. | 54000 |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  | Hydroxyzini hydrochloridum | syrop |  | op. | 360 | 1 | 360 |  |  |  |  |
| 4. |  | Lewodopa + benserazyd | doustna | 100mg + 25mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Lewodopa + benserazyd | tabletki rozpuszczalne | 100mg + 25mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  | Lewodopa + benserazyd | tabletki | 200mg + 50mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  | Lewodopa + benserazyd | Kapsułki | 50mg + 12,5mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  | Lewodopa + benserazyd | tabletki do sporządzania zawiesiny | 50mg + 12,5mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  | Lewodopa + benserazyd | kapsułki | 100mg + 25mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  | Carbamazepinum | tabletki | 200mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  | Carbamazepinum | tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu | 200mg | szt. | 4500 |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  | Carbamazepinum | tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu | 400mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  | Memantine | doustna | 10mg | szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  | Donepezil | doustna | 10mg | szt. | 840 |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  | Doxepinum | doustna | 10mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  | Trazodone | doustna | 0,15g | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
| 21. |  | Sertralinum | doustna | 50mg | szt. | 2240 |  |  |  |  |  |  |
| 22. |  | Mianserini hydrochloridum | doustna | 10mg | szt. | 2100 |  |  |  |  |  |  |
| 23. |  | Mianserini hydrochloridum | doustna | 30mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 25. |  | Chlorpromazine | krople 10g | 4,00% | op. | 50 | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 26. |  | Chlorpromazine | iniekcje | 0,025g/5ml | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 27. |  | Chlorpromazine | iniekcje | 0,05g/2ml | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  | Cerebrolysin | iniekcje 10ml | 215,2mg/ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  | Topiramatum | doustna | 25mg | szt. | 1120 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  | Topiramatum | doustna | 50mg | szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  | Topiramatum | doustna | 100mg | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  | Vinpocetine | doustna | 5 mg | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  | Haloperidolum | doustna 10ml | 2mg/ml | op. | 150 | 1 | 150 |  |  |  |  |
| 34 |  | Paracetamol | doodbytnicza | 50mg | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  | Paracetamol | doodbytnicza | 500mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  | Amitryptiline | doustna | 25mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  | Clomipramini hydrochloridum | doustna | 75mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  | Clomipramini hydrochloridum | doustna | 25mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  | Clomipramini hydrochloridum | doustna | 10mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  | Bromocriptinum | doustna | 2,5mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 41 |  | Citalopramum | doustna | 20mg | szt. | 3360 |  |  |  |  |  |  |
| 42 |  | Iprazochromum | doustna | 2,5mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 43 |  | Fluoxetinum | doustna | 20mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 44 |  | Flunarizinum | doustna | 5mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 45 |  | Clomethiazoli edisilas | doustna | 300mg | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
| 46 |  | Haloperidolum | doustna | 1mg | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 47 |  | Haloperidolum | iniekcje | 0,005g/ml | szt. | 3500 |  |  |  |  |  |  |
| 48 |  | Oxcarbazepinum | doustna | 150mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 49 |  | Oxcarbazepinum | doustna | 300mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  | Oxcarbazepinum | doustna | 600mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 51 |  | Clozapinum | doustna | 25mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 52 |  | Clozapinum | doustna | 100mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 53 |  | Levetiracetam | doustna | 500mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 54 |  | Ambenonii chloridum | doustna | 10mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 55 |  | Levodopum, Carbidopum | doustna | 250mg + 25mg | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
| 56 |  | Levodopum, Carbidopum | doustna | 100mg + 25mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 57 |  | Perazinum | doustna | 25mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 58 |  | Perazinum | doustna | 100mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 59 |  | Phenytoinum | doustna | 100mg | szt. | 3900 |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  | Acetylsalicylic acid | doustna | 300mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 61 |  | Betahistini dihydrochloridum | doustna | 8mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 62 |  | Betahistini dihydrochloridum | doustna | 24mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 63 |  | Promazini hydrochloridum | doustna | 25mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 64 |  | Promazini hydrochloridum | doustna | 50mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 65 |  | Promazini hydrochloridum | doustna | 100mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 66 |  | Olanzapine | doustna | 5mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 67 |  | Risperidonum | doustna | 1mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 68 |  | Carbidopa + levodopa | doustna | 200mg + 50mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 69 |  | Sulpiridum | doustna | 50mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  | Lamotriginum | doustna | 25mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 71 |  | Lamotriginum | doustna | 50mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 72 |  | Lamotriginum | doustna | 100mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 73 |  | Sufentanilum | iniekcje | 0,25mg/5ml | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 74 |  | Distigmini bromidum | doustna | 5mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 75 |  | Amantadini hydrochloridum | doustna | 100mg | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
| 76 |  | Lithium carbonate | doustna | 0,25g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 77 |  | Ropivacaine | iniekcje | 50mg/10ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 78 |  | Ropivacaine | iniekcje | 75mg/10ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 79 |  | Ropivacaine | iniekcje | 100mg/10ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  | Ropivacaine | iniekcje | 20mg/10ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 81 |  | Etomidate | roztwór do wstrzykiwań | 0,02g/10ml | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 82 |  | Naloxone | iniekcje | 0,4mg/ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 83 |  | Neostigmine | iniekcje | 0,5mg/ml | szt. | 24000 |  |  |  |  |  |  |
| 84 |  | Etomidate | emulsja do wstrzykiwań | 0,02g/10ml | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 85 |  | Aethylum Chloratum | aerozol | 70g | op. | 80 | 1 | 80 |  |  |  |  |
| 86 |  | Escitalopram | doustna | 10mg | szt | 560 |  |  |  |  |  |  |
| 87 |  | Phenytoin | iniekcje | 0,25g/5ml | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 88 |  | Lidocaine hydrochloride | aerozol | 10,00% | op. | 150 | 1 | 150 |  |  |  |  |
| 89 |  | Lignocainum hydrochloricum | żel z końcówką typu A 30g | 2,00% | op | 2500 | 1 | 2500 |  |  |  |  |
| 90 |  | Galantamine hydrobromide | iniekcje | 0,005g/ml | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 91 |  | Paracetamolum | doustna | 0,5g | szt | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 92 |  | Venlafaxinum | doustna | 0,075g | szt | 560 |  |  |  |  |  |  |
| 93 |  | Gabapentin | doustna | 0,1g | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.22 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 22 – Leki oczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Sulfacetamidum | Krople do oczu 0,5ml | 100mg/ml | szt. | 240 |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  | Tropicamidum | Krople do oczu 5ml | 5mg/ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  | Tropicamidum | Krople do oczu 5ml | 10mg/ml | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  | Timololum | Krople do oczu 5ml | 2,5mg/ml | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Timololum | Krople do oczu 5ml | 5mg/ml | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Fludrocortisone | maść do oczu 3g | 0,1% | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Nepafenac | Krople do oczu 5ml | 1mg/ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Brinzolamide | Krople do oczu 5ml | 1,00% | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Dexpanthenol | Żel do oczu 5g | 5,00% | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Gentamycinum | Krople do oczu 5ml | 0,30% | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Hialuronian sodu + Heparynian sodu | Krople do oczu 10ml | 1mg + 1300j.m./ml | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Polyvinilate alcohol | Krople do oczu 5ml | 1,40% | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Loteprednol | zawiesina do oczu 5ml | 0,50% | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Pilocarpinum | Krople do oczu 5ml | 2,00% | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | Dexamethasonum + Tobramycinum | zawiesina do ooczu 5ml | (1mg+3mg)/ml | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | Tobramycinum | maść do ooczu 3,5g | 0,30% | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  | Ganciclovir | żel do oczu 5g | 0,15% | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  | Retinolum | maść do oczu 5g | 250j.m./1g | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  | Phenylephrini | Krople do oczu 10ml | 10,00% | op | 2400 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | Levofloxacin | krople oczu 5ml | 0,50% | op | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  | Hypromellose | żel do oczu 30ml | 2,00% | op | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  | Proxymetacine | krople do oczu 15ml | 0,50% | op | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  | Diphenhydramine hydrochloride, Naphazoline nitrate | Krople do oczu 5ml | 1mg +0,33mg | szt | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  | Brimonidine tartrate | Krople do oczu 5ml | 0,20% | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  | Brinzolamide | Krople do oczu 5ml | 1,00% | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  | Dexpanthenol | Żel do oczu 5g | 10mg/g | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  | Cromoglicate disodium | Krople do oczu 10ml | 4,00% | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  | Dexamethasone | Krople do oczu 5ml | 0,10% | op | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  | Diclofenac | Krople do oczu 10ml | 1mg/ml | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  | Fludrocortisone acetate +Gramicidin+ Neomycin | Krople do oczu 5ml | 2,5mg + 0,025mg + 1mg | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  | Dorzolamide | Krople do oczu 5ml | 20mg/ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  | Dorzolamide + Timolol | Krople do oczu 5ml | 20mg + 5mg/ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  | Ofloxacin | Maść do oczu 3g | 0,30% | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  | Polyvinyl alcohol | Krople do oczu 5ml | 14mg/ml | szt. | 640 |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  | Loteprednol etabonate | Krople do oczu 5ml | 5mg/ml | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  | Neomycinum | Maść do oczu 3g | 0,50% | op. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  | Natrium chloratum | Krople do oczu 0,5ml | 5,00% | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  | Betaxolol | Krople do oczu 5ml | 0,50% | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  | Troxerutin | Krople do oczu 10ml | 0,05g/ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  | Solcoseryl | Żel do oczu 5g | 8,3mg/g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 41 |  | Sulfacetamide sodium | Krople do oczu 5ml | 10,00% | szt | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 42 |  | Polyacrylic acid | Żel do oczu 10g | 0,20% | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 43 |  | Aciclovir | Maść do oczu 4,5g | 3,00% | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 44 |  | Hialuronian sodu | Krople do oczu 10ml | 1mg/ml | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.23 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 23 – Hormony i witaminy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Tiaminum | iniekcje | 0,1g/ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  | Cyjanocobalaminum + Lidocainum hydrochloridum + Pyridoxinum + Thiaminum | iniekcje 2ml | 1mg+20mg +100mg+ 100mg | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  | Cyjanocobalaminum | doustna | 5µg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  | Cyjanocobalaminum | iniekcje | 0,001g/2ml | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  | Bethamethasonum | iniekcje | 0,007g/ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  | Betamethasone disodium phosphate | iniekcje | 0,004g/ml | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  | Calecalciferol | krople 10ml | 15000j.m./ml | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  | Estradiolum | System trandermalny | 50mcg/24h | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  | Fitomenadion | Kaspułki twist-off | 2mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  | Retinoli palmitas | krople 10ml | 45 000 j.m./ml | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  | Tocoferolum | Krople 10 ml | 0,3g/ml | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  | Quinagolide | doustna | 0,025mg+ 0,05mg | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  | Misoprostol | wkładka dopochwowa | 200mcg | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | Prednisonum | doustna | 5mg | szt. | 22000 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  | Acidum ascorbicum | krople 30ml | 0,1g/ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  | Levonorgestrelum | doustna | 1500mcg | szt. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  | Fludrocortisoni acetas | doustna | 100mcg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  | Hydrocortisonum | doustna | 20mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  | Levothyroxinum natricum, Liothyroxinum natricum | doustna | 100mcg+20mcg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  | Propylthiouracilum | doustna | 50mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  | Thiamazolum | doustna | 5mg | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  | Thiamazolum | doustna | 10mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  | Thiamazolum | doustna | 20mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  | Tamsulosini hydrochloridum | Kapsułki o przedłuzonym uwalnianiu | 0,4mg | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  | Glucagoni hydrochloridum | iniekcje | 1mg | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  | Dyprogesterone | doustna | 10mg | szt. | 12000 |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  | Levothyroxine sodium | doustna | 0,050mg | szt. | 40000 |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  | Oxytocin | iniekcje | 5 j.m./ml | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  | Daxamethasone | doustna | 1mg | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  | Thiamine | doustna | 3mg | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.24 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 24 – Preparaty kontrastujące I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Iohexol | iniekcje | 30g jodu/100ml | szt. | 2500 |  |  |  |  |
| 2 |  | Iohexol | iniekcje | 6g jodu/20ml | szt. | 360 |  |  |  |  |
| 3 |  | Iohexol | iniekcje | 35g jodu/100ml | szt. | 5000 |  |  |  |  |
| 4 |  | Iohexol | iniekcje | 70g jodu/200ml | szt. | 700 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.25 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 25 – Preparaty kontrastujące II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Iodixanol | iniekcje | 65,2g/100ml | szt. | 100 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.26 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 26 – Aprepitantum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Aprepitant | doustna | 0,08g + 0,125g | op. | 900 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.27 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 27 – Mitoxantron**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Mitoxantron | Koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 20mg/10ml | szt. | 70 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.28 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 28 – Mitomycyna – Import docelowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Mitomycinum | proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 2mg | szt. | 120 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.29 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 29 – Alergeny I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za opakowanie) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Venomenhal lecz.podtrzymujące pszczoła pr+rozp do inj.podsk – 6 fiol.s.subs.(+6rozp) | Jad pszczoły, fiolka a 120mcg wraz z rozpuszczalnikiem 1,2ml, Opakowanie = zestaw 6fiolek+6fiolek rozpuszczalnika | iniekcje (fiol.proszku+fiol.rozpuszcz | fiol.proszku + fiol.rozp. | op. | 10 |  |  |  |  |
| 2. | Venomenhal lecz.podtrzymujące osa pr+rozp do inj.podsk – 6 fiol.s.subs.(+6rozp) | Jad osy, fiolka a 120mcg wraz z rozpuszczalnikiem 1,2ml, Opakowanie = zestaw 6fiolek+6fiolek rozpuszczalnika | Iniekcje (fiol.proszku+fiol.rozpuszcz | fiol.proszku + fiol.rozp. | op. | 10 |  |  |  |  |
| 3. | Venomenhal zestaw do sporządzania rozcieńczeń-pr+rozp. do inj.podsk. 10 fiolek(+rozp. a 4,5ml | iniekcje |  |  | op. | 30 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.30 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 30 – Enoxaparinum natricum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartośc brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Enoxaparinum natricum | ampułkostrzykawka | 20mg/0,2ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |
| 2 |  | Enoxaparinum natricum | ampułkostrzykawka | 40mg/0,4ml | szt. | 40000 |  |  |  |  |
| 3 |  | Enoxaparinum natricum | ampułkostrzykawka | 60mg/0,6ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |
| 4 |  | Enoxaparinum natricum | ampułkostrzykawka | 80mg/0,8ml | szt. | 3500 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.31 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 31 – Filgrastim**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Filgrastim | ampułkostrzykawka | 0,48mg/0,5ml | szt. | 500 |  |  |  |  |
| 2 |  | Filgrastim | ampułkostrzykawka | 0,3mg/0,5ml | szt. | 200 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.32 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 32 – Układ oddechowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Theophyllinum | tabletki o przedłużonym uwalnianiu | 300mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Theophyllinum | iniekcje | 20mg/ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Theophyllinum | kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu | 200mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Theophyllinum | kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu | 300mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Formoteroli fumaras | aerozol wziewny | 12mcg/ dawkę | op. (60 dawek) | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Budesonidum | aerozol wziewny | 200mcg/ dawkę | op. (200 dawek) | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bromhexini hydrochloridum | doustna | 8mg | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Beclomethasoni dipropionas + Formoteroli fumaras | aerozol wziewny | 100mcg + 6mcg/dawkę | op.. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acetylcysteine | iniekcje | 0,3g/3ml | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salbutamol | iniekcje | 0,5mg/ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciclesonide | aerozol 60dawek | 160mcg/dawkę | op.(60dawek) | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ipratropii bromidum | płyn do inhalacji z nebuliztora | 0,25mg/ml | op. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fenoteroli hydrobromidum+Ipratropii bromidum | aerozol | (50mcg+21mcg)/ dawkę | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fenoteroli hydrobromidum+Ipratropii bromidum | płyn |  | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fenoteroli hydrobromidum | aerozol | 100mcg/dawkę | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fluticasoni propionas | proszek do inhalacji 60 dawek | 500mcg/dawkę | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fluticasoni propionas | zawiesina do inhalacji | 0,5mg/2ml | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ambroksolum | płyn do inhalacji 100ml | 7,5mg/ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Indacaterolum | proszek do inhalacji | 0,15mg | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Indacaterolum | proszek do inhalacji | 0,3mg | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fluticasoni propionas, Salmeterolum | proszek do inhalacji | 250mcg+50mcg | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salmeterol | zawiesina | 25mcg/dawkę | op. (60 dawek) | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tiotropii bromidum | proszek do inhalacji w kapsułkach | 18mcg | op.(90dawek) | 30 |  |  |  |  |  |  |
| aparat do inhalacji |  | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salbutamol | ampułki do inhalacji | 0,005g/2,5ml | szt. | 5500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Formoteroli fumaras | proszek do inhalacji w kapsułkach | 12mcg/dawkę inhalacyjną | op.(60dawek) | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tiotropium + olodaterol | roztwór do inhalacji | 2,5mcg + 2,5mcg | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acetylcysteinum | doustna | 200mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acetylcysteinum | tabletki musujące | 600mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ambroxoli hydrochloridum | doustna | 30mg | szt. | 4800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ambroxol | syrop | 0,03g/5ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salbutamolum | aerozol | 100mcg/dawkę | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Antazoline | ampułki | 0,1g/2ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cetirizini dihydrochloridum | doustna | 10mg | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bilastinum | doustna | 20mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fexofenadini hydrochloridum | doustna | 180mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Codeini phosphas, Sulfogaiacolum | doustna | 15mg + 300mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Promethazine | syrop 150ml | 1,00% | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Levoceterizine | doustna | 0,005g | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ambroxol | iniekcje | 0,015g/2ml | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Montelukast sodium | doustna | 10mg | szt. | 1680 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Loratadine | doustna | 10mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.33 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 33 – Amphoterycin B**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za zestaw ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Amphoterycin B | fiolka + filtr | 0,05g | zestaw | 300 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.34 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 34 – Surfaktant**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Surfaktant | zawiesina | 120mg/1,5ml | szt. | 500 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.35 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 35 – Pamidronic acid**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Pamidronic acid | fiolka + rozpuszczalnik 10ml | 0,06g | szt. | 10 |  |  |  |  |
| 2 |  | Pamidronic acid | fiolka + rozpuszczalnik 10ml | 0,09g | szt. | 40 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.36 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 36 – Carbetocin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Carbetocin | iniekcje | 0,1mg/ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.37 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 37 – Immunoglobuliny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za gram) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Immunoglobulinum humanum normale  1.roztwór o stężeniu 10%;  2.różnorodność dostępnych opakowań: np.5g, 10g, 20g, ; 3.stężenie IgG w preparacie:co najmniej 98%;  4.stężenie IgA w preparacie: max 25µg/ml; g. 2-3 procedury unieczynniania wirusów | iniekcje | 100mg/ml | g | 10000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.38 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 38 – Somatostatinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Somatostatinum | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 0,25mg | szt. | 10 |  |  |  |  |
| 2 |  | Somatostatinum | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 3mg | szt. | 700 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.39 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 39 – Eptocag alfa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Eptocag alfa | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 50000j.m. | szt. | 5 |  |  |  |  |
| 2 |  | Eptocag alfa | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 100000j.m. | szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.40 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 40 – Adefovir dipivoxil**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Adefovir dipivoxil | doustna | 10mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.41 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 41– Cefuroxime I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Cefuroxime | iniekcje | 0,05g | szt. | 22000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.42 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 42 – Fluoresceine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Fluoresceine | iniekcje | 0,5g/5ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.43 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 43 – Darbepoetinum alfa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Darbepoetinum alfa | roztwór do wstrzykiwań w ampułko - strzykawce | 500mcg | szt. | 40 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.44 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 44 – Import docelowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Verapamili Chydrochloridum | iniekcje | 0,005g/2ml | szt. | 250 |  |  |  |  |
| 2 |  | Ethiodized oli | ampułki | 4,8/10ml | szt. | 10 |  |  |  |  |
| 3 |  | Błękit patentowy | ampułki | 2,5% 2ml | szt. | 40 |  |  |  |  |
| 4 |  | Labetalol | iniekcje | 100mg/20ml | szt. | 80 |  |  |  |  |
| 5 |  | Citrate de Caffeine | iniekcje | 50mg/2ml | szt. | 500 |  |  |  |  |
| 6 |  | Phenobarbital | iniekcje | 40mg | szt. | 100 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.45 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 45 – Caspofunginum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Caspofunginum | proszek do przygotowywania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji | 0,05g | szt. | 30 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.46 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 46 - Dexmedetomidine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Dexmedetomidine | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,2g/2ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.47 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 47 – Propofolum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Propofolum | iniekcje | 0,5g/50ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |
| 2 |  | Propofolum | iniekcje | 0,2g/20ml | szt. | 23000 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.48 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 48 – Leki różne II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Ketoprofenum | iniekcje | 50mg/ml | szt. | 35000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Amlodypinum | doustna | 10mg | szt. | 10500 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Amlodypinum | doustna | 5mg | szt. | 13500 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Metoprololi succinas | tabletki o przedłużonym uwalnianiu | 47,5mg | szt. | 18000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Bisoprololum | doustna | 5mg | szt. | 48000 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Bisoprololum | doustna | 10mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Pantoprazolum | doustna | 40mg | szt. | 140000 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Ramiprilum | doustna | 5mg | szt. | 24000 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Ramiprilum | doustna | 10mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Atorvastatinum | doustna | 20mg | szt. | 20400 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Atorvastatinum | doustna | 40mg | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Rosuvastatinum | doustna | 5mg | szt. | 2240 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Rosuvastatinum | doustna | 10mg | szt. | 3640 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Rosuvastatinum | doustna | 20mg | szt. | 4480 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | Pantoprazolum | iniekcje | 40mg | szt. | 50000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.49 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 49 – Calcium gluconate**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Calcium gluconate | roztwór do wstrzykiwań 10ml | 10,00% | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.50 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 50 – Leki różne III**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Perindoprilum argininum, Amlodipinum | doustna | 5mg + 5mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Gliclazidum | tabletki o zmodyikowanym uwalnianiu | 60mg | szt. | 7200 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Trimetazidini dihydrochloridum | tabletki o zmodyikowanym uwalnianiu | 35mg | szt. | 5400 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Perindoprilum argininum | doustna | 10mg | szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Perindoprilum argininum | doustna | 5mg | szt. | 19800 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Ivabradine | doustna | 50mg | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Ivabradine | doustna | 75mg | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Amlodypinum + Indapamidum | doustna | 5mg + 1,5mg | szt. | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Amlodypinum + Indapamidum | doustna | 10mg + 1,5mg | szt. | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Indapamidum | tabletki o przedłużonym uwalnianiu | 1,5mg | szt. | 15300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amlodypina + Atorwastatyna + Peryndopryl | doustna | 20mg+5mg+ 5mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amlodypina + Atorwastatyna + Peryndopryl | doustna | 20mg+10mg+ 5mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amlodypina + Atorwastatyna + Peryndopryl | doustna | 40mg+10mg+ 10mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.51 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 51 – Leki różne IV**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Amiodarone hydrochloridum | iniekcje | 0,15g/3ml | szt. | 8500 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Acidum tranexamicum | iniekcje | 100mg/ml | szt. | 4300 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Insulin glulisine | roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu | 300j.m./3ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Insulinum glargine | roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu | 300j.m./3ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Insulinum iniectio neutralis, Insulinum isophanum | zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu | 300j.m./3ml | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Drotaverini hydrochloridum | doustna | 80mg | szt. | 15000 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Drotaverini hydrochloridum | iniekcje | 0,04g/2ml | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Calcium polystyreni sulfonas | proszek 300g | 1,2g jonów wapnia w postaci | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Phospholipidum essentiale | doustna | 0,3g | szt. | 24000 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Acidum Valproicum | doustna | 0,3g | szt. | 4500 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Acidum Valproicum | doustna | 0,5g |  | 7500 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Dinoprost | iniekcje | 0,005g/ml | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Clopidogrelum | doustna | 75mg | szt. | 3920 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga do każdego opakowania insuliny dostarczenia igieł do pena.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.52 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 52 – Amoxicillinum + Acidum clavulonicum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Amoxicillinum+ Acidum clavulonicum | iniekcje | 1000mg+200mg | szt. | 12000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | doustna | 875mg + 125mg | szt. | 6720 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | doustna | 500mg + 125mg | szt. | 4480 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.53 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 53 – Krew i układ krwiotwórczy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Etamsylate | iniekcje | 0,25g/2ml | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Ferri hydroxidum polymaltosum | Syrop 100ml | 0,05gFe (III)/5ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Ferrosi chloridum | doustna | 105mg | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Ferric pyrophosphate | proszek do rozpuszczania | 7mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Acenocoumarolum |  | 4mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Acidum folicum |  | 5mg | szt. | 5400 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Acidum folicum | doustna | 15mg | szt. | 4800 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Ferrosi gluconas | doustna | 23,2mg jonów żelaza(II) | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Dabigatran etexilate | doustna | 110mg | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Dabigatran etexilate | doustna | 150mg | szt. | 4500 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Rivaroxabanum | doustna | 15mg | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Rivaroxabanum | doustna | 20mg | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Glucosum | iniekcje 10ml | 20,00% | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Glucosum | iniekcje 10ml | 40,00% | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | Thrombin | proszek + rozpuszczalnik 2ml | 400j.m. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | Ferric isomaltoside | iniekcje | 0,5gżelaza/5ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.54 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 54 – Układ szkieletowo-mięśniowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Ibuprofenum | iniekcje | 10mg/2ml | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Meloxicamum | doustna | 15mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Allopurinol | doustna | 100mg | szt. | 12500 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Baclofenum | doustna | 10mg | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Baclofenum | doustna | 25mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Natrii clodronas | doustna | 400mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Colchici seminis extractum siccum | doustna | 0,5mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Penicillaminum | doustna | 250mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Ketoprofenum | doustna | 50mg | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Diclofenacum natricum | tabletki o przedłużonym uwalnianiu | 100mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Diclofenacum natricum | czopki doodbytnicze | 100mg | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Diclofenacum natricum | doustna | 50mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Nimesulidum | doustna | 100mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Zolendronic acid | iniekcje | 0,004g/5ml | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | Tolperisoni hydrochloridum | doustna | 50mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | Tolperisoni hydrochloridum | doustna | 150mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  | Ketoprofenum | doustna | 100mg | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  | Suxamethonium chloride | iniekcje | 0,2g | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  | Tizanidine | doustna | 4mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | Celecoxibum | doustna | 0,1g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  | Cisatracurium | iniekcje | 10mg/5ml | szt. | 7500 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  | Ibuprofenum | zawiesina 100ml | 100mg/5ml | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.55 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 55 – Abciximax**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 |  | Abciximax | roztwór do wstrzykiwań i infuzji | 0,01g/5ml | szt. | 40 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.56 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 56 – Leki przeciwnowotworowe i immunomodulacyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Tamoxifen | doustna | 20mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Methotrexate | iniekcje | 0,01g/ml | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Methotrexatum | iniekcje | 10mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Methotrexatum | doustna | 10mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Methotrexatum | doustna | 2,5mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Methotrexate | ampułkostrzykwaka | 0,01g/0,2ml | szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Cyclophosphamidum | doustna | 50mg | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Azathioprinum | doustna | 50mg | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Mercaptopurin | doustna | 10mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Mycophenolate mofetil | doustna | 250mg | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Mycophenolate mofetil | doustna | 500mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Ciclosporin | iniekcje | 0,05g/ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Leflunomide | doustna | 10mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Mefastroli acetas | zawiesina 240ml | 40mg/ml | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Anastrazole | doustna | 1mg | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.57 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 57 – Furosemidum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Furosemidum | iniekcje | 0,02g/2ml | szt. | 45000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.58 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 58 – Układ moczowo – płciowy i hormony płciowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Chlorquinaldolum + Metronidazolum | tabletki dopochwowe | 100mg +250mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Clotrimazolum | tabletki dopochwowe | 0,1g | szt. | 420 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Nystatin | tabletki dopochwowe | 100000j.m | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Finasteridum | doustna | 5mg | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Oxybutynini hydrochloridum | doustna | 5mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Furaginum | doustna | 50mg | szt. | 36000 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Luteinum | tabletki podjęzykowe | 50mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Luteinum | tabletki dopochwowe | 50mg |  | 27000 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Desmopressinum acetatum | liofilizat doustny | 120mcg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Sildenafil | doustna | 50mg | szt. | 160 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Solifenacini succinas | doustna | 10mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Fenoterol | iniekcje | 0,5mg/10ml | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Octreotide | iniekcje | 0,1mg/ml | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Metronidazole | tabletki dopochwowe | 0,5g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | Tamsulosin hydrochloride | doustna | 0,4mg | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.59 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 59 – Leki różne V**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Voriconazole | doustna | 200mg | szt. | 2400 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Voriconazole | iniekcje + bezigłowy zestaw do infuzji | 200mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Misoprostol | doustna | 0,2mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Clindamycinum | iniekcje | 0,3g/2ml | szt. | 7500 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Clindamycinum | doustna | 150mg | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Trimebutinum | zawiesina 250ml | 7,87mg/g | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Trimebutinum | doustna | 0,1g | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Methylprednisolone hemisuccinate | fiolka + rozpuszczalnik | 500mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Methylprednisolone hemisuccinate | fiolka + rozpuszczalnik | 125mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Methylprednisolonum | Roztwór do wstrzykiwań | 40mg/ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Methylprednisolone hemisuccinate | fiolka + rozpuszczalnik | 1000mg | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Methylprednisolone hemisuccinate | fiolka + rozpuszczalnik | 250mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Pregabalin | doustna | 75mg | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Dinoprostonum | żel | 0,5mg/3g | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | Sulfasalazinum | tabletki dojelitowe | 500mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | Sulfasalazinum | doustna | 500mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  | Tigecycline | iniekcje | 0,05g | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  | Dalteparin | ampułko strzykawka | 5000 j.m. /0,2ml | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  | Dalteparin | ampułko strzykawka | 2500 j.m. /0,2ml | szt. | 25000 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | Alprostadil | iniekcje | 0,5mg/ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.60 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 60 – Alergeny II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 | Pharmalgen Hymenoptera venoms | wyciągi alergenowe jadów owadów błonoskrzydłych(pszczoły) | iniekcje | fiol.proszku(stęż.4)+fiol.rozp. | opak. | 5 |  |  |  |  |
| 2 | Pharmalgen Hymenoptera venoms | wyciągi alergenowe jadów owadów błonoskrzydłych(osy) | iniekcje | fiol.proszku(stęż.4)+fiol.rozp. | opak. | 7 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.61 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 61 – Alergeny III**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Alutard SQ | wyciągi alergenowe jadów owadów błonoskrzydłych(pszczoły) | iniekcje | 4 fiolki a 5ml | opak. | 10 |  |  |  |  |
| 2. | Alutard SQ | wyciągi alergenowe jadów owadów błonoskrzydłych(osy) | iniekcje | 4 fiolki a 5ml | opak. | 10 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.62 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 62 – Nimodypine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Nimodypine | doustna | 0,03g | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  | Nimodypine | iniekcje | 0,01g/50ml | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.63 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 63 – Albuminum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Albuminum humanum | iniekcje | 20,00% | ml | 250000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.64 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 64 – Sevofluran**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Sevofluran | płyn | 250ml | op. | 400 |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga użyczenia 14 parowników kompatybilnych z oferowanym produktem leczniczym**

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.65 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 65 – Fulvestran**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Fulvestrant | ampułko strzykawka | 0,25g/5ml | Szt. | 120 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.66 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 66 – Gentamycin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Gentamycin | gąbka 10cmx 10cm x 0,5cm | 0,13g | szt. | 30 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.67 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 67 – Thiopental**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Thiopental | iniekcje | 500mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.68 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 68 – Urapidilum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Urapidilum | iniekcje | 5mg/ml | szt. | 11000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.69 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 69 – Leki stosowane w zakażeniach II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Vancomycinum | iniekcje | 1g | szt | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Meropenem | iniekcje | 0,5g | szt | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Meropenem | iniekcje | 1g | szt | 12000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.70 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 70 – Leki różne VI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Doxycyclinum | iniekcje 5ml | 100mg/5ml | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Cloxacillin | iniekcje | 1g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Ampicillin | iniekcje | 1g | szt | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Ceftriaxon | iniekcje | 1g | szt | 20000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Cefamandol | iniekcje | 1g | szt | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Cefazolin | iniekcje | 1g | szt | 4500 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Erythromycin | iniekcje | 0,3g | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.71 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 71 – Cefuroxime II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Cefuroximum | iniekcje | 750mg | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Cefuroximum | iniekcje | 1,5g | szt. | 14000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Cefuroximum | doustna | 500mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.72 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 72 – Amikacinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Amikacinum | iniekcje | 0,5g/2ml | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Amikacinum | iniekcje | 1g/4ml | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Amikacinum | krople do oczu 5ml | 0,30% | op. | 1000 | 1 | 1000 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.73 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 73 – Linezolidum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Linezolidum | doustna | 0,6g | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Linezolidum | iniekcje | 0,6g/300ml | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.74 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 74 – Metamizolum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Metamizole | iniekcje | 1g/2ml | szt | 30000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Metamizole | iniekcje | 2,5g/5ml | szt | 30000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Metamizole | doustna | 0,5g | szt | 24000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.75 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 75 – Esomeprazol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Esomeprazole | iniekcje | 40mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Esomeprazole | doustna | 20mg | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Esomeprazole | doustna | 40mg | szt. | 1128 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.76 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 76 – Ciprofloxacinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Ciprofloxacinum | iniekcje 100ml | 2mg/ml | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Ciprofloxacinum | iniekcje 200ml | 2mg/ml | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Ciprofloxacinum | doustna | 500mg | szt. | 18000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.77 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 77 – Tramadol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Tramadoli hydrochloridum | doustna | 50mg | szt. | 24000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Tramadoli hydrochloride | iniekcje | 0,1g/2ml | szt | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Tramadoli hydrochloride | iniekcje | 0,05g/1ml | szt | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Tramadolum + Paracetamolum | doustna | 75mg + 650mg | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Tramadol | krople 96ml | 0,1g/1ml | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.78 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 78 – Norepinephryna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Norepinephrine | iniekcje | 0,004g/4ml | szt | 15000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.79 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 79 – Atropini**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Atropinum | iniekcje | 0,001mg/1ml | szt. | 12000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Atropinum | iniekcje | 0,5mg/1ml | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Atropini sulphas | krople do oczu 5ml | 1,00% | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.80 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 80 – Lidocaini**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Lidocaine | iniekcje | 0,04g/2ml | szt | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Lidocaine | iniekcje | 0,4g/20ml | szt | 7500 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.81 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 81 – Calcium chloride**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Calcium chloride | iniekcje 10ml | 100mg/ml | szt. | 16000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.82 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 82 – Leki różne VII**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Metronidazolum | doustna | 250mg | szt. | 36000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Heparin sodium | iniekcje | 25000j.m./5ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Carvedilolum | doustna | 6,25mg | szt. | 7200 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | Carvedilolum | doustna | 25mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Carvedilolum | doustna | 12,5mg | szt. | 2700 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | Ceftazidim | iniekcje | 1g | szt. | 1700 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | Fluconazolum | doustna | 0,1g | szt. | 4200 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | Fluconazolum | doustna | 0,05g | szt. | 1260 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | Pentoxifyllinum | tabletki o przedłużonym uwalnianiu | 400mg | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | Pentoxifillinum | iniekcje | 0,1g/5ml | szt | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | Torasemide | doustna | 5mg | szt | 4500 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | Torasemide | doustna | 10mg | szt | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | Sulfamethoxazolum+ Trimethoprimum | iniekcje | (80mg+16mg)/ml | szt. | 12000 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | Dopaminum hydrochloricum | iniekcje | 0,05g/5ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  | Dopaminum hydrochloricum | iniekcje | 0,2g/5ml | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | Magnesium sulfuricum | iniekcje | 2g/10ml | szt. | 13000 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  | Natrium Chloratum | iniekcje 10ml | 10,00% | szt. | 30000 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  | Sodium hydrocarbonate | iniekcje | 8,4%/20ml | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  | Ipratropii bromidum | aerozol 10ml | 0,02mg/dawkę | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | Budesoniodum | zaw.do inh.z nebuliz. | 0,001g/2ml | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  | Metoclopramidum hydrochloridum | doustna | 10mg | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  | Metoclopramidum hydrochloridum | iniekcje | 0,01g/2ml | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  | Ranitidine | iniekcje | 0,05%/100ml | Szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  | Ranitidine | doustna | 0,15g | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  | Piracetamum | doustna | 1200mg | szt. | 7200 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  | Piracetam | iniekcje | 1g/5ml | szt. | 1440 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  | Piracetam | iniekcje | 12g/60ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  | Piracetam | iniekcje | 3g/15ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  | Bupivacaine hydrochloride | roztwór hiperbaryczny | 0,02g/4ml | szt | 1250 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  | Bupivacaine hydrochloride | iniekcje | 0,05g/10ml | szt | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.83 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 83 – Levofloxacin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Levofloxacin | iniekcje | 0,5g/100ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Levofloxacin | doustna | 0,5g | szt. | 1600 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Levofloxacin | doustna | 0,25g | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.84 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 84 – Potassium chloride**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Potassium chloride | iniekcje | 15%/10ml | Szt. | 25000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Potassium chloride | iniekcje | 3g/20ml | Szt. | 35000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.85 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 85 – Paracetamolum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Paracetamolum | iniekcje | 1g/100ml | szt | 60000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.86 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 86 – Acidum ascorbicum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Acidum ascorbicum | iniekcje | 0,5g/5ml | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.87 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 87 – Fluconazolum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Fluconazolum | injekcje | 0,2g/100ml | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.88 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 88 – Terlipressin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Terlipressin | iniekcje | 1mg/8,5ml | szt. | 1250 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.89 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 89 – Phytomenadion**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Phytomenadion | iniekcje | 2mg/0,2ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.90 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 90 – Colistimethate sodium**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Colistimethate sodium | iniekcje | 1 000 000 j.m. | szt | 10000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.91 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 91 – Dexamethasone sodium phosphate**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Dexamethasone sodium phosphate | iniekcje | 0,008g/2ml | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Dexamethasone sodium phosphate | iniekcje | 0,004g/1ml | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | Dexamethasone sodium phosphate | iniekcje | 0,004g/1ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

**\* poz. 3 – produkt leczniczy refundowany we wskazaniach C.0.17.**

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.92 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 92 – Hydrocortison**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Hydrocortisone | fiolka + rozpuszczalnik | 0,1g | szt. | 25000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.93 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 93 – Piperacillin + Tazobactam**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Piperacillin + Tazobactam | iniekcje | 4g + 0,5g | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.94 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 94 – Altelplase**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto  **za 1 mg** | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Alteplase | iniekcje | 10 ,20,50 mg każdorazowo wskazywana przy zamówieniu | mg | 3500 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.95 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 95 – Klej do tkanek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto za zestaw | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Roztwór białek klejących (Fibrynogen + Aptotynina)  +  Roztwór trombiny (Tromina +Calcium chloratum) | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania kleju do tkanek | (91mg+3000KIU) + (500j.m.+40µmol) | zestaw | 40 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.96 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 96 – Prothrombinum multiplex humanum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Prothrombinum multiplex humanum | proszek + rozpuszczalnik do przygotowania roztworu do wstrzykiwań | 500 j.m./ml | szt. | 40 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.97 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 97 – Protrombinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Protrombinum | proszek + rozpuszczalnik do przygotowania roztworu do wstrzykiwań | 600j.m/mg | szt. | 100 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.98 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 98 – Pegfilgrastim**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za sztukę ) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  | Neulasta | Pegfilgrastim | ampułko strzykawka | 0,006g/6ml | szt. | 100 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.99 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 99 – Leki różne VIII**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p*.*** | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Biperiden | iniekcje | 0,005g/ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ferric oxide dextran complexes | iniekcje | 0,1g żelaza/2ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Phytomenadion | iniekcje | 0,01g/ml | szt. | 15000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pyridoxinum | iniekcje | 0,05g/ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Indometacin | doustna | 75mg | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Norethisterone | doustna | 0,005g | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydroxycarbamide | doustna | 0,05g | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bicalutamide | doustna | 0,05g | szt. | 840 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | | | | |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 9) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.7) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.8) \*\*ilość opakowań (kol.9) należy zaokrąglić do pełnych opakowań tak jak będą Zamawiającemu dostarczane w opakowaniu handlowym , oferując nie mniej niż wymagana ilość

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/96A/2017

Załącznik nr 4.100

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 100 – Umeclidinium + Vilanterol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za opakowanie) | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Umeclidinium + Vilanterol | proszek do inhalacji | 55mg/dawkę + 22mg/dawkę | op. (30dawek) | 100 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy