DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.1

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 1 – Everolimus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Everolimus | doustna | 0,01g | Szt. | 4500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Everolimus | doustna | 0,005g | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| **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

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.2

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 2- Sunitynib**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Sunitynib | doustna | 0,025g | Szt. | 1680 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Everolimus | doustna | 0,0125g | 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

ZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.3

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 3 – Levodopum + Karbidopum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Levodopum + Karbidopum | Żel dojelitowy 100ml w woreczku umieszczonym w kasetce | 20mg + 5mg/ml | szt. | 2800 |  |  |  |  |  |  |

\***Lek zarejestrowany na liście leków refundowanych w programie lekowym B.90. Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona.**

\*\*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

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.4

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 4 – Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Sitagliptyna + Metformin | doustna | 0,05g + 1g | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tapentadol | doustna | 0,05g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tapentadol | doustna | 0,1g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tapentadol | doustna | 0,15g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tapentadol | doustna | 0,2g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tapentadol | doustna | 0,25g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Apiksaban | doustna | 0,005g | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Apiksaban | doustna | 0,0025g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dapagliflozyna + Metformin | doustna | 0,005g + 0,85g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Empagliflozyna + Metformin | doustna | 0,00125g + 1g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cytykolina | saszetki | 1g/10ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ticagrelor | doustna | 0,09g | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Povidone iodine | płyn 1l | 7,5% | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **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

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.5

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 5 – Apomorfina**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |  | Apomorfina | Roztwór do wstrzykiwań i infuzji | 0,1g/20ml | szt. | 3650 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | ***Wskazać model Pompy*** *……………………………………* | Pompy wraz z osprzętem i materiałami eksploatacyjnymi konieczne do podawania leku wskazanego w pozycji 1 | | | | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | |  |  |  |

\***Lek zarejestrowany na liście leków refundowanych w programie lekowym B.90. Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona.**

\*\*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

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.6

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 6 – Idarucizumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Idarucizumab | iniekcje | 2,5g/50ml | szt. | 4 |  |  |  |  |

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.7

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 7 – Substancje recepturowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Acidum acetylsalicylicum | substancja |  | op. 25g | 20 |  |  | |  |  |
|  |  | Acidum boricum | substancja |  | op. 50g | 20 |  |  | |  |  |
|  |  | Argentum nitricum | substancja |  | op. 10g | 10 |  |  | |  |  |
|  |  | Atropinum sulfuricum | substancja |  | op. 1g | 5 |  |  | |  |  |
|  |  | Benzyna apteczna | płyn 85g |  | op. | 300 |  |  | |  |  |
|  |  | Benzyna apteczna | płyn 1l |  | op. | 200 |  |  | |  |  |
|  |  | Benzocainum | substancja |  | op. 10g | 10 |  |  | |  |  |
|  |  | Natrium tetraboricum | substancja |  | op. 25g | 4 |  |  | |  |  |
|  |  | Chloramphenicolum | substancja |  | op. 5g | 6 |  |  | |  |  |
|  |  | Chlorhexidine digluconate | płyn | 20,00% | op. 50g | 4 |  |  | |  |  |
|  |  | Eucerinum | podłoże maściowe |  | op. 1kg | 30 |  |  | |  |  |
|  |  | Glycerolum | płyn | 85,00% | op. 1kg | 250 |  |  | |  |  |
|  |  | Hydrocortisonum | substancja |  | op. 5g | 2 |  |  | |  |  |
|  |  | Acidum ascorbicum | substancja |  | op. 25 | 2 |  |  | |  |  |
|  |  | Lanolinum | podłoże maściowe |  | op. 1kg | 50 |  |  | |  |  |
|  |  | Lactosum | substancja |  | op. 100g | 2 |  |  | |  |  |
|  |  | Natrii Citras | substancja |  | op. 1kg | 30 |  |  | |  |  |
|  |  | Neomycini sulfas | substancja |  | op. 10g | 40 |  |  | |  |  |
|  |  | Kalium iodatum | substancja |  | op. 5g | 6 |  |  | |  |  |
|  |  | Parafinum liquidum | płyn |  | op. 800g | 60 |  |  | |  |  |
|  |  | Prednisolonum | substancja |  | op. 1g | 2 |  |  | |  |  |
|  |  | Vaselinum album | podłoże maściowe |  | op. 1kg | 20 |  |  | |  |  |
|  |  | Natrium Chloratum | substancja |  | op. 50g | 6 |  |  | |  |  |
|  |  | Spirytus salicylowy | płyn | 2,00% | op. 800g | 50 |  |  | |  |  |
|  |  | Hydrogenium peroxudatum | płyn | 3,00% | op. 1kg | 500 |  |  | |  |  |
|  |  | Hydrogenium peroxudatum | płyn | 3,00% | op. 100g | 500 |  |  | |  |  |
|  |  | Zincum Oxydatum | pasta 100g | 20,00% | op. 100g | 5 |  |  | |  |  |
|  |  | Glucosum | substancja |  | op. 75g | 4000 |  |  | |  |  |
|  |  | Acidum boricum | płyn | 3,00% | op. 200ml | 50 |  |  | |  |  |
|  |  | Balsamum peruvianium | płyn |  | op. 50g | 2 |  |  | |  |  |
|  |  | Povidone iodine | płyn | 10,00% | op.1l | 100 |  |  | |  |  |
|  |  | Natrii thiosulfas | substancja |  | op. 50g | 10 |  |  | |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | |  |  |  |

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.8

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 8 – Mitomycyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |  | Mitomycinum | proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań | 10mg | szt. | 30 |  |  |  |  |
|  | 20mg | 30 |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.9

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 9– Immunoglobuliny 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 gram )** | Wartość netto | 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.2,5, 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 | 6000 |  |  |  |  |

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.10

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 10 – Immunoglobuliny 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 gram )** | Wartość netto | 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.2,5, 5g, 10g, 20g, 25g; 3.stężenie IgG w preparacie:większe bądź równe 95%; stężenie IgA w preparacie: nie większe niż 0,2mg/ml; 2-3 procedury unieczynniania wirusów | roztwór do infuzji | 100mg/ml | g | 2000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.11

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 11 – Immunoglobulinum humanum anty D 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 |  | Immunoglobulinum humanum anty D | ampułkostrzykawka | 150mcg/ml | szt. | 200 |  |  |  |  |

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.12

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 12 – Immunoglobulinum humanum anty D 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 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Immunoglobulinum humanum anty D | ampułkostrzykawka | 50mcg/ml | szt. | 100 |  |  |  |  |

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.13

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 13 – Pembrolizumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Pembrolizumab | Koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,1g/4ml | szt. | 120 |  |  |  |  |

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.14

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 14 – Lidocainum + Phenylephrinum + Tropicamidum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |  | Lidocainum + Phenylephrinum + Tropicamidum | roztwór do wstrzykiwań 0,6ml | 10mg+3,1mg+ 0,2mg/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

DZP/381/8A/2019

Załącznik nr 4.15

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 15– Nimodipine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |  | Nimodipine | iniekcje | 0,01g/50ml | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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