DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.1

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 1 – Natalizumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | Natalizumab | iniekcje | 0,3g/15ml | szt. | 200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.2

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 2 – Nivolumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | Nivolumab | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,04g/4ml | szt. | 50 |  |  |  |  |
| 2 |  | Nivolumab | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,1g/10ml | szt. | 100 |  |  |  |  |
| **Razem :** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.3

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 3 – Voriconazol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 |  | Voriconazolum | Iniekcje+ bezigłowy zestaw do infuzji | 0,2g | zestaw | 1000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.4

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 4 – 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** | | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.5

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 5 – Pegfilgrastim**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | Pegfilgrastim | ampułkostrzykawka | 0,006g/0,6ml | szt. | 300 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.6

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 6 – Glatiramer acetate 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 |  | Glatiramer acetate | ampułkostrzykawka | 0,04g/ml | szt. | 7200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.7

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 7 – Glatiramer acetate 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 |  | Glatiramer acetate | ampułkostrzykawka | 0,02g/ml | szt. | 560 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.8

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 8 – Antitrombin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Antithrombin III | fiolka + rozpuszczalnik | 500 j. m. | szt. | 5 |  |  |  |  |
|  |  | Anthitrombin III | fiolka + rozpuszczalnik | 1000 j. m. | szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.9

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 9 – Aflibercept 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 opakowanie) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 |  | Aflibercept | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 4ml | 0,025g/ml | op. | 80 |  |  |  |  |
| 2 |  | Aflibercept | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 8ml | 0,025g/ml | op. | 25 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.10

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 10 – Anidulafungin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | Anidulafungin | iniekcje | 0,1g | szt. | 200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.11

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 11 –** **Płyny infuzyjne z portem bezigłowym typu luer lock**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Pojemność | 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** |
|  |  | Natrium chloratum 0,9%, worek polipropylenowy typu freeflex z portem bezigłowym typu luer lock | 100 ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Natrium chloratum 0,9%, worek polipropylenowy typu freeflex z portem bezigłowym typu luer lock | 250ml | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Natrium chloratum 0,9%, worek polipropylenowy typu freeflex z portem bezigłowym typu luer lock | 500ml | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Natrium chloratum 0,9%, worek polipropylenowy typu freeflex z portem bezigłowym typu luer lock | 1000ml | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glucosum 5%, worek polipropylenowy typu freeflex z portem bezigłowym typu luer lock | 250ml | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glucosum 5%, worek polipropylenowy typu freeflex z portem bezigłowym typu luer lock | 500 ml | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |

\*\*ilość opakowań (kol. 8) należy obliczyć w następujący sposób: wymaganą ilość (kol.6) podzielić przez ilość w opakowaniu (kol.7 \*\*ilość opakowań (kol.8) 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.12

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 12 – Leki stosowane w zakażeniach**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Lincomycin | iniekcje | 0,6g/2ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ampicylina | iniekcje | 0,5g | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ampicylina | iniekcje | 2g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cefazolin | iniekcje | 1g | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Detreomycyna | maść 5g | 1% | op. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Detreomycyna | maść 5g | 2% | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clarithromycin | doustna | 0,5g | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciprofloxacin | iniekcje | 0,1g/10ml | szt. | 3500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Roxithromycin | doustna | 0,15g | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Spiromycin | doustna | 3mln j.m. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Azithromycin | doustna | 0,5g | szt. | 210 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Levofloxacin | iniekcje | 0,5g/100ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Linezolid | iniekcje | 0,6g/300ml | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Phenoxymethylpenicillin | doustna | 1,5mln j.m. | szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Penicillinum crystallisatum | iniekcje | 3 mln j.m. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cloxacillin | iniekcje | 1g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tobramycin | iniekcje | 0,25g/80ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Sulperazon | Cefoperazonum + Sulbactamum | iniekcje | 2g | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | Imecitin | Cylastatyna + Imipenem | iniekcje | 500mg + 500mg | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciclosporinum | Doustna | 0,1g | Szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciclosporinum | doustna | 0,025g | Szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
|  | Keflex | Cefalexin | doustna | 0,5g | Szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | Monural | Fosfomycyna | granulat | 3g | Szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pyrazynamide | Doustna | 0,5g | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.13

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 13 – Tigecycline**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | Tigecycline | iniekcje | 0,05g | szt. | 1000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.14

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 14 – 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** |
|  |  | Diclofenacum | plaster | 140mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Kalium iodatum + Iodum | Płyn 20g | 2% + 1% | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hepatitis B Immune globulin | iniekcje | 200j.m./ml | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hepatitis B Immune globulin | iniekcje | 100j.m./2ml | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amphotericin B | iniekcje | 0,1g/20ml | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Econazole | Globulki dopochwowe | 0,15g | Szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Benzoesan benzylu | Płyn 120ml | 30% | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alantoina | Maść 30g | 2,00% | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alantoina | Zasypka 100g |  | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Alantoina + Dexpanthenol | Krem 35 | 20mg + 50mg/g | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Allopurinol | doustna | 0,1g | szt. | 7500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Aqua pro iniectione | iniekcje | 5ml | szt. | 50000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Povidonum iodatumserc | Maść 20g | 10,00% | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Chlorhexydyny dwuglukonian | Płyn 200ml | 0,10% | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ethanolum | Płyn 1l | 96,00% | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ethanolum | Płyn 0,5l | 70,00% | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Roztwór przeciw wszawicy | płyn | 100ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pyoctaina | Roztwór wodny 20g | 1,00% | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Phenylbutazonum | Maść 30g | 5,00% | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydrocortisonium | Krem 15g | 1% | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lidocainum + Prilocainum | Plastry | 25mg + 25mg | Szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mepivacaine | iniekcje | 3%/1,8ml | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mupirocin | Maść 15g | 2% | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Magnesium carbonate | Doustna | 0,125g | Szt. | 18000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Melatonina | Doustna | 0,005g | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Benzyl benzoate | Płyn 150g | 30% | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nystatinum | Tabletki dopochwowe | 100000j.m. | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mofetil mycophenolate | Doustna | 0,5g | Szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydrocortisone+ Oxytetracycline | Aerozol 55ml | 5mg+1,67mg/ml | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Natrium chloratum | Iniekcje 10ml | 0,9% | Szt. | 200000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tramadol + Paracetamol | Doustna | 75mg + 650mg | Szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tramadol + Paracetamol | Doustna | 37,5mg + 325mg | Szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Protamine sulfate | iniekcje | 0,05g/5ml | Szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Escherichia coli, Hydrocortisone | Maść doodbytnicza | 25g | Szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Finasteridum | Doustna | 0,005g | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ursodeoxycholic acid | Doustna | 0,3g | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ursodeoxycholic acid | Doustna | 0,25g | Szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ursodeoxycholic acid | Zawiesina 250ml | 0,25g/5ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Methotrexat | iniekcje | 0,05g/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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.15

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 15 – 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** |
|  |  | Epoetin alfa | ampułkostrzykawka | 4000 j.m. | szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sulodexide | Iniekcje | 600j.LS/2ml | Szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Warfarin | doustna | 0,003g | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Warfarin | doustna | 0,005g | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydroxyethylamylum + NaCl | Płyn 250ml | 6% | Szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pentoxifilinum | Iniekcje | 0,1g/5ml | Szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pentoxifilinum | Iniekcje | 0,3g/15ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acenocoumarol | Doustna | 0,004g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glucosum | Iniekcje | 40%/10ml | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gucosum | Iniekcje | 20%/10ml | Szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum tranexamicum | Iniekcje | 0,5g/5ml | Szt. | 7500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Heparinum natricum | Żel 100g | 1000j.m. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.16

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 16 – Układ mięśniowo - szkieletowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Rocuronium | iniekcje | 0,05g/5ml | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rocuronium | Iniekcje | 0,1g/10ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diclofenacum | Czopki | 0,05g | Szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diclofenacum | Doustna | 0,05g | Szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diclofencum | Żel 50g | 1,00% | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ketoprofenum | doustna | 0,05g | Szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ibandronic acid | ampułkostrzykawka | 0,003g/3ml | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ibuprofenum | Doustna | 0,2g | Szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ibuprofen | Iniekcje | 0,01g/2ml | Szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tolperisone | Doustna | 0,15g | Szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mivacurium chloride | Iniekcje | 0,01g/5ml | Szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cisatracurium | Iniekcje | 0,005g/2,5ml | Szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pridinol hydrochloride | Doustna | 0,005g | Szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Atracurium besilate | iniekcje | 0,05g/5ml | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Atracurium besilate | iniekcje | 0,025g/2,5ml | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.17

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 17 – 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  (9x10) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Levetiracetam | iniekcje | 0,5g/5ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pramipeksol | doustna | 0,00105g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pramipeksol | doustna | 0,00157g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pramipeksol | doustna | 0,0021 | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pramipeksol | doustna | 0,26mg+0,52mg+0,00105g | szt. | 210 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Epinefryna | ampułkostrzykawka | 0,3mg/0,3ml | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amitryptylinum | Doustna | 0,01g | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sertralina | doustna | 0,05g | szt. | 2800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum Valproicum | Doustna | 0,3g | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum Valproicum | iniekcje | 0,4g | szt. | 240 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum Valproicum | Doustna | 0,5g | Szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mianserini | Doustna | 0,01g | szt. | 2700 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bupivacainum hydrochloridum | Iniekcje | 0,05g/10ml | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bupivacainum hydrochloridum | iniekcje | 0,02g/4ml | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clometiazoli edisilas | Doustna | 0,3g | Szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Haloperidolum | Doustna | 1mg | Szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Phenytoinum | Iniekcje | 0,25g/5ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Escitalopram | doustna | 0,01g | szt. | 840 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Donepezil | Doustna | 0,005g | Szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lamotrigine | doustna | 0,025g | Szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lamotrigine | doustna | 0,05g | Szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lamotrigine | doustna | 0,1g | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydroxyzyna | Syrop 200ml | 0,01g/5ml | Op. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lidocaine | Iniekcje | 0,04g/2ml | Szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lidocaine | Iniekcje | 0,1g/5ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Piracetam | iniekcje | 12g/60ml | Szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mirtazapina | Doustna | 0,015 | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pregabalin | Doustna | 0,075g | Szt. | 1680 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Beserazide + Levodopa | kapsułki | 125mg | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Beserazide + Levodopa | kapsułki | 250mg | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nicergolin | Doustna | 0,01g | Szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ropinirolum | Doustna | 0,002g | Szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ropinirolum | Doustna | 0,004g | Szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ropinirolum | Doustna | 0,008g | Szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Galantamine | iniekcje | 0,0025g/ml | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Paracetamolum | Czopki | 0,05g | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Paracetamolum | Iniekcje | 0,5g/50ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Paracetamolum | Czopki | 0,125g | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Promazine | Doustna | 0,025g | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Promazine | Doustna | 0,05g | Szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Promazine | Doustna | 0,1g | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Venlafaxinum | Doustna | 0,075g | Szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Venlafaxinum | Doustna | 0,0375g | Szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Risperidone | Doustna | 0,001g | Szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rivastigmine | doustna | 0,0015g | Szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rivastigmine | doustna | 0,003g | Szt. | 140 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Olanzapine | doustna | 0,005g | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Biperiden | Doustna | 0,002g | Szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amantadine | iniekcje | 0,2g/500ml | Szt. | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.18

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 18 – 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  (9x10) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Perindopril arginne + Indopamidum + Amlodypine | doustna | 10mg + 2,5mg + 10mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Perindopril arginne + Indopamidum + Amlodypine | doustna | 5mg + 1,25mg + 5mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Adenosine | Iniekcje | 0,006g/2ml | szt. | 18 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Carvediolol | Doustna | 12,5mg | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Perindopril + Indapamidum | Doustna | 8mg + 2,5mg | Szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Captoprilum | Doustna | 0,025g | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clonidini hydrochloridum | Doustna | 0,075mg | Szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diosminum | Doustna | 0,5g | szt. | 4800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Chlortalidonum | Doustna | 0,05g | Szt. | 1600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gabapentinum | doustna | 0,1g | Szt. | 15000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gabapentinum | Doustna | 0,3g | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pramipeksol | Doustna | 0,088mg | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hydrochloriotiazidum | Doustna | 0,025g | Szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Furosemidum | Doustna | 0,04g | Szt. | 7500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dobutaminum | iniekcje | 0,25g/5ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metyldopum | Doustna | 0,25g | Szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ivabradine | doustna | 0,0075g | Szt. | 1120 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Potassium iodide | doustna | 0,2mg | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lacidipine | doustna | 0,004g | Szt. | 1680 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metoprolol | Doustna | 0,05g | Szt. | 12000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Eplerenone | Doustna | 0,05g | Szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nitrendypine | doustna | 0,01g | Szt. | 4800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Perindopril arginne + Bisoprolol | doustna | 10mg + 5mg | Szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Perindopril arginne + Bisoprolol | doustna | 5mg + 10mg | Szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lercanidipini hydrochloridum | Doustna | 0,01g | Szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glyceryl trinitrate | iniekcje | 0,01g/10ml | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ramipril | Doustna | 0,01g | Szt. | 1680 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Propafenone | Doustna | 0,15g | Szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rosuvastatinum | Doustna | 0,01g | Szt. | 2800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Telmisartan | Doustna | 0,08g | Szt. | 2800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Torasemi | Iniekcje | 0,02g/4ml | Szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Perindopril arginne + Indapamidum + Amlodipine | doustna | 10mg + 2,5mg + 10mg | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Perindopril arginne + Indapamidum + Amlodipine | doustna | 5mg + 1,25mg + 5mg | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Valsartan | Doustna | 0,08g | Szt. | 8400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Zofenopryl | Doustna | 7,5mg | Szt. | 840 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Norepinephrine | inekcje | 0,001g/ml | Szt. | 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

………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.19

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 19 – 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** |
|  |  | Pyridoxine | iniekcje | 0,05g/2ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum ascorbicum | Krople 30ml | 0,1g/ml | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fludrocortisoni acetas | doustna | 0,1mg | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Prednisolon | doustna | 0,01g | Szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Prednisolon | Doustna | 0,02g | Szt. | 3200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Betametasonum | Iniekcje | 0,007g/ml | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dydrogesteron | Doustna | 0,01g | Szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Levothyroxine | Doustna | 0,1mg | Szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Methylprednisolon | Doustna | 0,004g | Szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cyanocobalaminum + Pyridoxinum + Thiaminum | Iniekcje | 0,5mg + 50mg + 50mg | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ferric Isomaltoside | Iniekcje | 0,5g żelaza/5ml | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Progesteron | Tabl. podjezykowe | 0,05g | Szt. | 15000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Norethisteroni acetas | Doustna | 0,005g | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Polcortolon | Doustna | 0,004g | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Testosteron | iniekcje | 0,1g/ml | Szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Thiamazole | Doustna | 0,01g | Szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Phytomenandion | Doustna | 0,01g | Szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Zestaw witamin | Doustna |  | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pyridoxine | iniekcje | 50mg/ml | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pyridoxine | Doustna | 0,05g | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Thiamine | Doustna | 0,003g | Szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Vitaminum B compositum | Doustna | - | Szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.20

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 20 – Przewód pokarmowy i metabolizm**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Diosmectite | proszek | 3g | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dicytrynian tripotasu bizmutu + Metronidazolum + Tetracyclinum | doustna | 140mg+125mg+ 125mg | Szt. | 240 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Atropinum sulfuricum | Iniekcje | 0,5mg/ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Laktoferyna + Fruktooligosacharydy | Saszetki | 21% + 79% | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mesalazyna | czopki | 0,25g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Duloksetyna | Doustna | 0,06g | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Duloksetyna | Doustna | 0,03g | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bisacodylum | Czopki | 0,01g | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bisacodylum | Doustna | 0,005g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Drotaverium | Doustna | 0,04g | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lactulosum | Płyn 300ml | 10g/15ml | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Simeticon | Krople 30ml | 0,1g/ml | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ornithini aspartas | Iniekcje | 5g/10ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Macrogolum | Proszek | 74g | Szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum humanum | Iniekcje | 300j.m./3ml | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum humanum + Insulinum isofanum | Iniekcje | 300j.m./3ml | Szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum glargine | Iniekcje | 300j.m./3ml | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum aspart | iniekcje | 300j.m./3ml | Szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glucaon | Iniekcje | 1mg | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acarbosum | Doustna | 0,05g | Szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acarbosum | Doustna | 0,1g | Szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tlenek bizmutu III + Zasadowy galusan bizmutu | czopki |  | Szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Carbo medicinalis | Doustna | 0,2g | op. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Calcium chloratum | Iniekcje | 1g/10ml | szt. | 17000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum humanum isophanum | iniekcje | 300j.m./3ml | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mebeverini | doustna | 0,2g | Szt. | 2100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Magnesium sulfuricum | iniekcje | 2g/10ml | Szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Wodorotlenek glinu + Wodorotlenek magnezu | Płyn 250ml |  | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metoclopramidum | Doustna | 0,01g | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metforminum | Doustna | 1g | Szt. | 3600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Papaverinum | Iniekcje | 0,04g/2ml | Szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pancreatinum | Iniekcje | 25000j.m. | Szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mesalazina | Granulat | 1g | Szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ranitydyna | Iniekcje | 0,05%/100ml | Szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ondansetron | Doustna | 0,008g | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ranitydyn | Iniekcje | 0,05g/5ml | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Thiethylperazine maleate | doustna | 0,0065g | Szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Thiethylperazine maleate | Czopki | 0,0065g | Szt. | 240 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Glycerolum | czopki | 1g | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.21

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 21 – 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** | | | | | | | |  |  |  |

\*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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.22

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 22 – Sunitinibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |  | Sunitinibum | doustna | 0,05g | szt. | 420 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.23

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 23 – 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 | 10000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.24

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 24 – 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 5%; 2.różnorodność dostępnych opakowań: np.2,5, 5g, 10g; 3.stężenie IgG w preparacie:większe bądź równe 95%; max stężenie IgA w preparacie: nie większe niż 0,2mg/ml; 2-3 procedury unieczynniania wirusów | iniekcje | 50mg/ml | g | 1500 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.25

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 25 – Immunoglobuliny 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 | 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 | 3000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.26

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 26 – 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 | Cena jednost.  netto (za sztukę/opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Atropinum | krople do oczu | 1% | szt. | 200 |  |  |  |  |
|  |  | Azithromycin | krople do oczu 0,25g | 1,5% | szt. | 60 |  |  |  |  |
|  |  | Betaxolol | krople do oczu 5ml | 0,25% | szt. | 10 |  |  |  |  |
|  |  | Diphenhydramine + Naphazoline | krople do oczu 5ml | 1mg + 0,33mg | szt. | 700 |  |  |  |  |
|  |  | Fludrocortisone | maść do oczu 3g | 0,1% | szt. | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Erythromycin | maść do oczu 3,5g | 0,5% | op. | 200 |  |  |  |  |
|  |  | Dorzolamidu + Timololum | krople do oczu 5ml | 2% + 0,5% | szt. | 200 |  |  |  |  |
|  |  | Hialuronian sodu + Heparynian sodu | krople do oczu 10ml | 1mg/ml + 1300 j.m./ml | szt. | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Loteprednol | krople do oczu 5ml | 0,5% | szt. | 150 |  |  |  |  |
|  |  | Dexamethason + Neomycyna + Polimyksyna B | krople do oczu 5ml | 1mg+3500j.m.+6000j.m. | szt. | 10 |  |  |  |  |
|  |  | Neomycinum | maść do oczu 3g | 0,5% | op. | 600 |  |  |  |  |
|  |  | Nepafenac | zawiesina do oczu 5ml | 0,1% | szt. | 20 |  |  |  |  |
|  |  | Levofloxacin | krople do oczu 5ml | 0,5% | szt. | 2500 |  |  |  |  |
|  |  | Timolol | krople do oczu 5ml | 0,5% | szt. | 300 |  |  |  |  |
|  |  | Pilocarpinum | krople do oczu 5ml | 2% | szt. | 200 |  |  |  |  |
|  |  | Troxerutin | krople do oczu 10ml | 0,05g/ml | szt. | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Dorzolamide | krople do oczu 5ml | 2% | szt. | 200 |  |  |  |  |
|  |  | Latanoprost | krople do oczu 2,5ml | 0,005% | szt. | 50 |  |  |  |  |
|  |  | Ganciclovir | żel do oczu 5g | 0,15% | op. | 150 |  |  |  |  |
|  |  | Sulfacetamide | krople do oczu 0,5ml | 10% | szt. | 600 |  |  |  |  |
|  |  | Hydrocortisone acetas + Oxytetracycline hydrochloride + Polymyxin B sulphate | Zawiesina do oczu i uszu 5ml | 5mg + 10000j.m. + 15mg | op. | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Tafluprost | Krople do oczu 0,3ml | 0,015mg/ml | Szt. | 60 |  |  |  |  |
|  |  | Poli(karboksymetylo-glukozy siarczan), dekstran T40, chlorek sodu | Krople do oczu 0,33ml |  | Szt. | 30 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.27

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 27 – 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  (9x10) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Midazolam | doustna | 7,5mg | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lorazepam | doustna | 1mg | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Phenobarbital | doustna | 15mg | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Midazolam | iniekcje | 0,005g/5ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diazepam | iniekcje | 0,01g/2ml | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diazepam | doustna | 2mg | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Phetidine | iniekcje | 0,1g/2ml | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fentanyl | System transdermalny | 0,012mg/1h | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Morphini | iniekcje | 0,01g/ml | szt. | 12000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Morphini | iniekcje | 0,02g/ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Remifentanil | iniekcje | 2mg | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Morphine | doustna | 0,02g | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clorazepate | doustna | 0,005g | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clorazepate | doustna | 0,01g | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodone | doustna | 0,08g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Morphini | doustna | 0,01g | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Morphini | doustna | 0,1g | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodon + Naloxon | Doustna | 20mg + 10mg | Szt. | 90 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Oxycodon + Naloxon | Doustna | 10mg + 5mg | Szt. | 90 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.28

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 28 – Układ oddechowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Ambroxol | Syrop 150ml | 0,03g/5ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fenoteroli | Aerozol 200 dawek | 0,1mg/dawkę | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Budesonidum | aerozol 200 dawek | 0,2mg/dawkę | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Theophyllinum | doustna | 0,3g | Szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Theophyllinum | Doustna | 0,2g | Szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bromhexini | Doustna | 0,008g | Szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clemasinum | Doustna | 1mg | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clemastinum | Iniekcje | 0,002g/2ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ambroxoli | Płyn do inhalacji 100ml | 0,0075g/1m | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salmetetrol + Fluticonazon | aerozol | 50mcg + 500mcg | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salbutamol | Iniekcje | 0,5mg/ml | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salmoterol | Proszek do inhalacji | 0,05mg | op. (60dawek) | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Theophylinum | Iniekcje | 0,2g/10ml | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Salbutamol | Płyn do inhalacji | 0,0025g/2,5ml | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Formoterol | Aerozol | 0,012mg | op. (60kaps. + inhalator) | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acetylocysteine | Iniekcje | 0,3g/3ml | Szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciclesonide | aerozol | 0,08mg | op. (60 dawek) | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.29

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 29 – Preparaty do żywienia I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli | Nazwa międzynarodowa | Pojemność | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto  (8x9) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  | Specjalistyczna sterylna dieta płynna do żywienia dojelitowego, przeznaczona dla pacjentów chorych na cukrzycę; o niskiej zawartości węglowodanów, o dużej zawartości błonnika; normokaloryczna. Worek | 500ml | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Kompletna pod względem odżywczym, oparta na białku kazeinowym, wolna od laktozy, bezglutenowa, bezresztkowa, wysokokaloryczna, sterylna dieta płynna do żywienia dojelitowego; o smaku obojętnym. Opakowanie miękkie typu PACK | 1000 ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Kompletna dieta płynna do żywienia dojelitowego; wolna od laktozy; bogatobiałkowa; wysokokaloryczna (1,5kcal/ml); o smaku czekoladowym | 200 ml | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sterylna dieta płynna do żywienia dojelitowego; łatwo wchłanialna, bezresztkowa, bezglutenowa, wolna od laktozy, peptydowa niskotłuszczowa, zmodyfikowana, normokaloryczna. Opakowanie miękkie typu PACK. | 1000 ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Worek 2-komorowy do żywienia pozajelitowego, zawierający aminokwasy, glukozę, elektrolity i cynk; 800kcal (±100) i N 8g (±5g) | 1000ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Worek 2-komorowy do żywienia pozajelitowego, zawierający aminokwasy, glukozę, elektrolity i cynk; 1200kcal (±100) i N 12g (±5g) | 1500ml | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.30

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 30 – Preparaty do żywienia II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Pojemność | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto  (8x9) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  | Worek 3 -komorowy do żywienia pozajelitowego, zawierający 3,6g azotu i emulsję tłuszczową na bazie oliwy z oliwek; 750 mosmol/l | 100ml | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Worek 3 -komorowy do żywienia pozajelitowego, zawierający 9g azotu i emulsję tłuszczową na bazie oliwy z oliwek; z dodatkiem elektrolitów; 1310 mosmol/l | 1000ml | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Pierwiastki śladowe do żywienia pozajelitowego ze zwiększoną zawartością selenu (70mcg w postaci sodu selenianu) i cynku (10 000 mcg w postaci glukonianu cynku). Ampułka | 10ml | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.31

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 31 – 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** |
|  |  | Immunoglobulinum humanum anty D | ampułkostrzykawka | 150mcg/ml | szt. | 200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.32

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 32 – Immunoglobulinum humanum anty D 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 | 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 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.33

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 33 – Posaconazole**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |  | Posaconazole | zawiesina doustna 105ml | 0,04g/ml | op. | 30 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.34

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 34 – Indocyanine green**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. |  | Indocyanine green | Ampułka + rozpuszczalnik | 0,025g | Szt. | 100 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.35

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 35 – 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 | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto  (8x9) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Sodium perchlorate | krople | 0,3g/ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Corticorelin | Iniekcje | 0,1mg | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hyaluronidase | iniekcje | 150j.m. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gonadorelina | iniekcje | 0,1mg/ml | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ethiodol | iniekcje | 4,8/10ml | Szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dimethyl sulfoxide | Płyn | 50ml | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Thiamazole | iniekcje | 0,04g/ml | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Protirelin | iniekcje | 0,2mg/ml | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.36

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 36 – Aflibercept**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.** |  | Aflibercept | iniekcje | 0,004g/0,1ml | op. | 600 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.37

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 37 – Ranibizumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Ranibizumab | iniekcje | 0,0023g/0,23ml | op. | 300 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.38

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 38 – Interferon beta – 1A 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** |
|  |  | Interferon beta - 1A | wstrzykiwacz | 0,03mg/0,5ml | szt. | 2800 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.39

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 39 – Interferon Beta - 1A 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** |
|  |  | Interferon Beta - 1A | iniekcje | 0,132mg/1,5mll | szt. | 2000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.40

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 40 – Teriflunomide**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Teriflunomide | doustna | 0,014g | szt. | 8400 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.41

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 41 – Botulinum toxin A 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** |
|  |  | Botulinum toxin A w kompleksie z hemaglutyniną | iniekcje | 100 j.m. | szt. | 3000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.42

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 42 – Botulinum toxin A 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** |
|  |  | Botulinum toxin A | iniekcje | 300 j.m. | szt. | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Botulinum toxin A | iniekcje | 500 j.m. | szt. | 1400 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.43

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 43 – Fingolimod**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Fingolimod | doustna | 0,5mg | szt. | 11200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.44

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 44 – Adalimumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Adalimumab | iniekcje | 0,04g/08ml | szt. | 700 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.45

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 45 – Lamivudine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Lamivudine | doustna | 0,1g | szt. | 2520 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.46

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 46 – Alemtuzumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Alemtuzumab | iniekcje | 0,012g/1,2ml | szt. | 20 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.47

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 47 – Peginterferon Beta -1A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Peginterferon Beta - 1A | wstrzykiwacz | 0,125mg/0,5ml | szt. | 200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.48

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 48 – Tenofovir disoproxil**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Tenofovir disoproxil | doustna | 0,245 | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.49

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 49 – Vedolizumab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Vedolizumab | proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji | 0,3g | op. | 80 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.50

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 50 – Enoxaparinum natricum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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** |
|  |  | Enoxaparinum natricum | Ampułkostrzykawka | 0,1g/ml | Szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Enoxaparinum natricum | Ampułkostrzykawka | 0,04g/0,4ml | Szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Enoxaparinum natricum | Ampułkostrzykawka | 0,06g/0,6ml | Szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.51

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 51 – Nadroparinum calcicum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Nadroparinum calcicum | Ampułkostrzykawka | 7600j.m./0,8ml | Szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nadroparinum calcicum | Ampułkostrzykawka | 3800j.m./0,4ml | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nadroparinum calcicum | Fiolka + akcesoria do podaży (strzykawka 1ml + igła 25G + mini spike) | 47500j.m./5ml | Szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Nadroparinum calcicum | Ampułkostrzykawka | 5700j.m./0,6ml | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.52

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 52 – Dalteparinum 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 | 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** |
|  |  | Dalteparinum natricum | ampułkostrzykawka | 5000j.m./0,2ml | Szt. | 30000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dalteparinum natricum | ampułkostrzykawka | 10000j.m./0,4ml | Szt. | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.53

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 53 – Formalinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Formalinum | Płyn 1kg | 10,00% | op. | 2500 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.54

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 54 – Albuminum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ml )** | Wartość netto | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Albuminum humanum | Iniekcje | 20,00% | ml | 400000 |  |  |  |  |

Zamawiający wymaga zaoferowania produktu dostępnego w opakowaniu handlowym o pojemności 100ml oraz 50 ml.

Zamówienia wielkości opakowania będą uzależnione od rzeczywistych potrzeb Zamawiającego.

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.55

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 55 – Aciclovir**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Aciclovir | Doustna | 0,2g | Szt. | 4500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Aciclovir | Doustna | 0,4g | Szt. | 7500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Aciclovir | Doustna | 0,8g | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.56

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 56 – Metronidazolum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Metronidazol | Iniekcje | 0,5%/100ml | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.57

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 57 – Eptacog 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 | 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** |
|  |  | Eptacog alfa(activatet) | Iniekcje | 2mg | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.58

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 58 – Iohexol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Iohexol | Iniekcje | 35g jodu/100ml | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Iohexol | Iniekcje | 70g jodu/200ml | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.59

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 59 – Carbachol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Carbachol | iniekcje | 0,01%/1,5ml | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.60

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 60 – Propofol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Propofol | Iniekcje | 0,5g/50ml | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.61

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 61 – Somatostatin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Somatostatin | iniekcje | 0,003g | szt. | 1000 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.62

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 62 – Matryca z klejem do tkanek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 niniejszej tabeli \* | Opis | Postać farmaceutyczna | 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** |
|  |  | 5,5mg fibrynogenu ludzkiego, 2 j.m. Trombiny ludzkiej. 1 zrolowana matryca o wymiarach 4,8cm x 4,8cm | Matryca z klejem do tkanek  1cm² | szt. | 50 |  |  |  |  |
|  |  | 5,5mg fibrynogenu ludzkiego, 2 j.m. Trombiny ludzkiej. 1 matryca o wymiarach 4,8cm x 4,8cm | Matryca z klejem do tkanek  1cm² | szt. | 400 |  |  |  |  |
|  |  | 5,5mg fibrynogenu ludzkiego, 2 j.m. Trombiny ludzkiej. 1 matryca o wymiarach 3cm x 2,5cm | Matryca z klejem do tkanek  1cm² | szt. | 400 |  |  |  |  |
|  |  | 5,5mg fibrynogenu ludzkiego, 2 j.m. Trombiny ludzkiej. 1 matryca o wymiarach 9,5cm x 4,8cm | Matryca z klejem do tkanek  1cm² | szt. | 200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy/**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.63

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 63 – Desfluran**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | 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** |
|  |  | Desfluran | Płyn 240ml | op. | 200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.64

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 64 – Atosiban**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Atosiban | iniekcje | 0,00675g/0,9ml | szt. | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Atosiban | iniekcje | 0,0375g/5ml | szt. | 900 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.65

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 65 – Meropenem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Meropenem | iniekcje | 1g | szt. | 8000 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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 wykonawc**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.66

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 66 – Octreotide**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Octreotide | ampułkostrzykawka | 0,02g | szt. | 70 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Octreotide | iniekcje | 0,1mg/ml | 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/381/118A/2018

Załącznik nr 4.67

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 67 – Lanreotide**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Lanreotide | ampułkostrzykawka | 0,06g | op. | 10 |  |  |  |  |
|  |  | Lanreotide | ampułkostrzykawka | 0,09g | op. | 80 |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.68

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 68 – Sugamadex**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Sugammadex | Iniekcje | 0,2g/2ml | szt. | 300 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/118A/2018

Załącznik nr 4.69

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 69 – Dexamethason**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Dexamethason | doustna | 0,5mg | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dexametasonum | Iniekcje | 0,008g/2ml | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dexametasonum | iniekcje | 0,004g/ml | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dexamethasonum | Doustna | 0,004g | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dexamethasonum | Doustna | 0,008g | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dexamethasonum phosphate **(Objęty refundacją C.O.17)** | Iniekcje | 0,004g/ml | 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 wykonaw