DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.1

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 1 – Doxorubicyna liposomalna niepegylowana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednost.  netto (za zestaw ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | 7 | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 |  | Doxorubicinum liposomalum nonpegylatum | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji | 0,05g | zestaw | 260 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.2

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 2 – Carboplatinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Carboplatinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,05g/5ml | op. | 400 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,15g/15ml | 1000 |  |  | |  | |
| 0,45g/45ml | 1000 |  |  | |  | |
| 0,6g/60ml | 1000 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.3

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 3 – Docetaxel**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Docetaxel | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,02g/1ml | op. | 400 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,08g/4ml | 800 |  |  | |  | |
| 0,16g/8ml | 200 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.4

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 4 – Topotecan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Topotecan | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,001g/1ml | op. | 150 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,002g/2ml | 150 |  |  | |  | |
| 0,004g/4ml | 150 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.5

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 5 – Bendamustinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Bendamustinum hydrochloridum | proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji | 0,1g/40ml | szt. | 60 |  |  |  |  | 8% |  |
| 0,025g/10ml | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

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

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.6

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 6 – Bevacizumabum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Bevacizumabum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, | 0,1g/4ml | op. | 700 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,4g/16ml | 1000 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.7

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 7 – Cetuximabum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Cetuximabum | roztwór do infuzji | 0,1g/20ml | op. | 800 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,5g/100ml | 400 |  |  | |  | |
| **Razem** | | | | | | | | |  | |  | |  |

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

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.8

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 8 – Trastuzumabum 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. |  | Trastuzumabum | roztwór do wstrzykiwania podskórnego | 0,6g/5ml | szt. | 800 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.9

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 9 – Trastuzumabum 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. |  | Trastuzumabum | proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji | 0,15g | Szt. | 800 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.10

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 10 – Lipegfilgrastimum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Lipegfilgrastimum | roztwór do wstrzykiwań, amp.-strz. 0,6 ml z urządzeniem zabezpieczającym | 6mg/0,6ml | op. | 250 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.11

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 11 – Rituximabum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość  Opakowań\*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Rituximabum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,1g/10ml | szt. | 160 |  |  |  |  | 8% |  |
| 0,5g/50ml | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

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

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.12

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 12 – Pertuzumabum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Pertuzumabum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 420mg | op. | 120 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.13

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 13 – Pemetrexed**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Pemetrexed | proszek do sporządzania roztworu do infuzji | 0,1g | szt. | 300 |  |  |  |  | 8% |  |
| 0,5g | 150 |  |  |  |  |  |
| 1g | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

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

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.14

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 14 – Panitumumabum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Panitumumabum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,1g/5ml | op. | 150 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,4g/20ml | 40 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.15

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 15 – Imatinibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Imatinibum | doustna | 0,4g | op. (90 szt.) | 25 |  |  | 8% |  |

**\* Produkt leczniczy podawany w ramach programu lekowego**

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.16

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 16 – Gefitynibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Gefitynibum | doustna | 0,25g | szt. | 1200 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.17

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 17 – Olaparibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 opakowania ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Olaparibum | doustna | 0,05g | szt. | 71680 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.18

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 18 – 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 | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Sunitinibum | doustna | 0,05g | szt. | 420 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.19

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 19 – Erlotinib**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Erlotinib | doustna | 0,1g | szt. | 750 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.20

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 20 – Lapatynibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 opakowań | Ilość w opakowaniu  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  (9x10) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Lapatynibum | doustna | 0,25g | szt. | 4200 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.21

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 21 – Wemurafenib**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Wemurafenib | doustna | 0,24g | szt. | 7840 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.22

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 22 – Capecytabine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  9x11 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Capecytabine | doustna | 0,15g | szt. | 18000 |  |  |  |  | 8% |  |
| 0,5g | 42000 |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

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

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.23

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 23 – Fulvestrant**

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

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.24

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 24 – Vinorelbine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Vinorelbine | doustna | 0,02g | op. | 200 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,03g | 200 |  |  | |  | |
| **Razem** | | | | | | | | |  | |  | |  |

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

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.25

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 25 – Abiraterone**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  Netto (za opakowanie )) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Abiraterone | doustna | 0,25g | szt. | 16800 |  |  |  |  | 8% |  |
| 2. |  | Abiraterone | doustna | 0,5g | szt. | 1200 |  |  |  |  | 8% |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.26

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 26 – Netupitant + Palonosetron**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Netupitant + Palonosetron | kapsułki | 0,3g + 0,5mg | op. | 500 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.27

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 27 – Bleomycin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Bleomycin sulfas | proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 15000 IU | op. | 250 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.28

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 28 – Doxorubicinum liposomalum pegylatum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Doxorubicinum liposomalum pegylatum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 10ml | 2mg/ml | op. | 700 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.29

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 29 – Cisplatinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Cisplatinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,01g/10ml | op. | 200 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,05g/50ml | 500 |  |  | |  | |
| 0,1g/100ml | 1500 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.30

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 30 – Doxorubicyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Doxorubicinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,01g/5ml | op. | 200 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,05g/25ml | 400 |  |  | |  | |
| 0,1g/50ml | 350 |  |  | |  | |
| 0,2g/100ml | 100 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.31

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 31 – Aprepitant**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Aprepitant | doustna | 0,08g + 0,125g | op. | 700 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.32

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 32 – Cyclophosphamidum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Cyclophosphamidum | proszek do sporządzania roztworu do infuzji | 0,2g | op. | 400 |  |  | | 8% | |  | |
| 1g | 800 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.33

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 33 – Epirubicyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Epirubicinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,01g/5ml | op. | 100 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,05g/25ml | 300 |  |  | |  | |
| 0,1g/50ml | 50 |  |  | |  | |
| 0,2g/100ml | 50 |  |  | |  | |
| **Razem** | | | | | | | | |  | |  | |  |

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

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.34

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 34 – Etopozyd**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Etoposidum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,05g/2,5ml | op. | 10 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,1g/5ml | 100 |  |  | |  | |
| 0,2g/10ml | 400 |  |  | |  | |
| 0,4g/20ml | 200 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.35

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 35 – Fluorouracyl, Acidum Levofolinicum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Fluorouracilum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 5g/100ml | op. | 2500 |  |  | | 8% | |  | |
| 2 |  | Acidum Levofolinicum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,2g/4ml | op. | 500 |  |  | |  | |
| 0,45g/9ml | 2000 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.36

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 36 – Gemcytabina**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Gemcytabinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 1g/25ml | op. | 600 |  |  | | 8% | |  | |
| 2g/50ml | 2000 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.37

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 37 – Irinotecan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Irinotecan | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,04g/2ml | op. | 400 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,1g/5ml | 1000 |  |  | |  | |
| 0,3g/15ml | 1500 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.38

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 38 – Mitomycyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Mitomycinum | proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań | 10mg | op. | 30 |  |  | | 8% | |  | |
| 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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.39

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 39 – Vinorelbine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Vinorelbine | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,01g/1ml | op. | 300 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,05g/5ml | 500 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.40

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 40 – Ondansetron**

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

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.41

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 41 – Oxaliplatyna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Oxaliplatinum | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,2g/40ml | op. | 1500 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,1g/20ml | 800 |  |  | |  | |
| 0,05g/10ml | 700 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.42

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 42 – Paclitaxel**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | | Podatek VAT  % | | Wartość brutto | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **10** | | **11** | |
| 1. |  | Paclitaxel | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,03g/5ml | op. | 10 |  |  | | 8% | |  | |
| 0,1g/16,7ml | 200 |  |  | |  | |
| 0,15g/25ml | 200 |  |  | |  | |
| 0,3g/50ml | 2500 |  |  | |  | |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.43

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 43 – Vincristini**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Vincristini sulfas | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji | 0,001g/1ml | op. | 150 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.44

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 44 – 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 opakowanie ) | Wartość netto  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Neulasta | Pegfilgastrim | ampułkostrzykawka | 0,006g/0,6ml | op. | 100 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.45

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 45 –Darbopoetin 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** |
| 1. |  | Darbopoetin alfa | ampułkostrzykawka | 0,5mg/ml | szt. | 40 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.46

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 46 – Sorafenibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Sorafenibum | doustna | 0,2g | szt. | 1120 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.47

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 47 - Paclitaxelum albuminatum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Paclitaxelum albuminatum | Proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji | 100mg | op. | 400 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.48

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 48 – Dimethyl fumarate**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  | Dimethyl fumarate | kapsułki | 240mg | szt. | 280 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Dimethyl fumarate | kapsułki | 120mg | szt. | 95200 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.49

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 49 – Leki różne I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Bisoprolol | doustna | 2,5mg | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Betaxolol | doustna | 0,02g | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lacidipine | doustna | 0,004g | szt. | 1960 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Methylprednisolon hemisuccinate | iniekcje | 0,25g | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Promethazine | doustna | 0,025g | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Colchicine | doustna | 0,5mg | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Diclofenacum | doustna | 0,1g | szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Aluminium acetotartrate | żel 75g | 1% | op. | 500 | 1 | 500 |  |  |  |  |
|  |  | Silver Sulfatiazole | krem 40g | 2% | op. | 100 | 1 | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Ivabradine | doustna | 0,005g | szt. | 2240 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cilazapril | doustna | 0,001g | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fluticasone propianate | proszek do inhalacji | 0,5mg | op.(60dawek) | 10 | 1 | 10 |  |  |  |  |
|  |  | Glyceryl trinitrate | aerozol | 0,4mg | op. | 80 | 1 | 80 |  |  |  |  |
|  |  | Salbutamolum | aerozol | 0,1mg | op. | 100 | 1 | 100 |  |  |  |  |
|  |  | Rivaroxaban | doustna | 0,02g | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fluconazolum | iniekcje | 0,1g/50ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sol. Natrii tetraborate | płyn | 20% | op. | 500 | 1 | 500 |  |  |  |  |
|  |  | Natrii tetraborate | substancja recepturowa | 100g | op. | 20 |  | 20 |  |  |  |  |
|  |  | Tramadolum | doustna | 0,2g | szt. | 2100 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Tramadolum | doustna | 0,1g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amilorid hydrochloridum + Hydrochlorotiazyd | doustna | 5mg + 50mg | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lctobacillus rhamnosus | doustna |  | szt. | 48000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bicalutamidum | doustna | 0,05g | szt. | 1400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mesna | iniekcje | 0,4g/4ml | 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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.50

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 50 – Lantreotide**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednostkowa  netto (za opakowanie) | Wartość netto  (7x8) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Lantreotide | ampułkostrzykawka | 0,12g/0,5ml | op. | 1200 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.51

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 51 – Octreotide**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Przykładowa nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Cena jednostkowa  netto (za opakowanie) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Octreotide | ampułkostrzykawka | 0,03g | op. |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.52

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 52 – 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** |
|  |  | Oxycodane | iniekcje | 0,01g/ml | szt. | 18000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Remifentanyl | iniekcje | 1mg | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Midazolam | iniekcje | 0,005g/ml | szt. | 7000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clonazepamum | doustna | 2mg | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lorazepam | doustna | 2,5mg | 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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.53

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 53 – Leki stosowane w zakażeniach**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Co-trimoxazole | doustna | 0,96g | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Clindamycinum | doustna | 0,3g | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gentamycinum | iniekcje | 0,04g/ml | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Isoniazid, Rifampicin | doustna | 0,3g + 0,15g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Streptomycin | proszek do przyg. roztw. do wstrz.dom. | 1g | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Amoxicillin | doustna | 1g | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cefotaxime | proszek do przyg. roztw. do wstrz. | 1g | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Cefotaxime | proszek do przyg. roztw. do wstrz. | 2g | 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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.54

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 54 – Przewód pokarmowy i metabolizm**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Rifaximin | doustna | 0,2g | szt. | 9600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Esomeprazole | proszek do przyg. roztw. | 0,04g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Esomeprazole | doustna | 0,02g | szt. | 840 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bisacodyl | doustna | 0,005g | szt. | 450 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum humanum | iniekcje | 300j.m./3ml | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Metformin | doustna o przedłużonym uwalnianiu | 0,5g | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ranitidine | doustna | 0,15 | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Butylscopolamine | czopki | 0,01g | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Fenpinevrinum bromidu + Metamizole sodium + Pitofenone hydrochloride | iniekcje | 5ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Insulinum aspart | iniekcje | 100j.m./ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.55

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 55 – Leki różne II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  opakowań | Cena jednost.  netto (za opakowanie) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Meloxicam | doustna | 0,015g | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Calcium lactate | tabletki musujące | 0,18g | szt. | 1600 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Acidum ascorbicum + Rutosidum | doustna | 0,1g + 0,025g | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ciclosporin | doustna | 0,05g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mebendazole | doustna | 0,1g | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Mofetil mycophenolate | doustna | 0,5g | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Naproxen | doustna | 0,25g | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bezbiałkowy dializat z krwi cieląt | żel | 4,15mg/g | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Bezbiałkowy dializat z krwi cieląt | iniekcje 2ml | 42,5mg/ml | szt. | 375 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Etamsylate | doustna | 0,25g | szt. | 10500 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sildenafil | doustna | 0,05g | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Rupatadine | doustna | 0,01g | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sakubitryl + Valsartan | doustna | 24mg+26mg | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sakubitryl + Valsartan | doustna | 49mg+51mg | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Sakubitryl + Valsartan | doustna | 97mg+103mg | szt. | 560 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |  |  |  |  |  |

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

………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.56

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 56 – 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** |
| 1. |  | Dobutamine | iniekcje | 0,25g/5ml | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  | Lidocainum + prilocainum | krem 30g | 50mg/ml | op. | 60 | 1 | 60 |  |  |  |  |
| 3. |  | Quetiapine | doustna | 0,025g | szt. | 10500 |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  | Pyridostigmine bromide | doustna | 0,06g | szt. | 2250 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | Mirtrazepina | doustna | 0,015g | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  | Paracetamolum | doustna | 0,5g | szt. | 50000 |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  | Memantine | doustna | 0,01g | szt. | 3360 |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  | Venlafaxinum | doustna | 0,075g | szt. | 420 |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  | Tiapride | doustna | 0,1g | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  | Tramadolum | doustna | 0,1g | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  | Piracetam | iniekcje | 3g/15ml | szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  | Paroxetinum | doustna | 0,02g | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  | Amitryptilinum | doustna | 0,025g | szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  | Levetiracetam | doustna | 0,5g | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  | Topiramate | doustna | 0,1g | szt. | 1120 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.57

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 57 – Leki oczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Dexamethasone | minimsy 0,4ml | 0,1% | szt. | 1000 |  |  |  |  | 8% |  |
| 2. |  | Moxifloxacin | krople do oczu 5ml | 0,5% | szt. | 100 |  |  |  |  | 8% |  |
| 3. |  | Indometacin | krople do oczu 5ml | 0,1% | szt. | 30 |  |  |  |  | 8% |  |
| 4. |  | Betaxolol | krople do oczu 5ml | 0,5% | op. | 60 | 1 | 60 |  |  | 8% |  |
| 5 |  | Bezbiałkowy dializat z krwi cieląt | żel do oczu 5g | 20% | op. | 40 | 1 | 40 |  |  | 8% |  |
| 6 |  | Tobramycin | krople do oczu 5ml | 0,3% | op. | 40 | 1 | 40 |  |  | 8% |  |
| 7 |  | Ofloxacin | krople do oczu 5ml | 0,3% | op. | 1000 | 1 | 1000 |  |  | 8% |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.58

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 58 – Cytarabinum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Cytarabinum | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 0,5g | szt. | 100 |  |  |  |  | 8% |  |
| 1g | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

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

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.59

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 59 – Płyn Ringera**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4 ,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa  i opis | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  | Roztwór Ringera | Roztwór do infuzji, 500ml, opakowanie z miejscem o średnicy minimum 7mm na jałowe wkłucie końcówek aparatu. | - | szt. | 9000 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.60

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 60 – Botulinum toxin A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 jednostkowa  netto (za opakowanie) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Botulinum toxin A | iniekcje | 100 j.m. | op. | 900 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.61 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 61 – Mitomycyna – Import docelowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Mitomycinum | proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 2mg | szt. | 180 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.62 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 62 – Infliximab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  7x8 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | Infliximab | proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji | 0,1g | op. | 1500 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.63 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 63 – Betaferon beta - 1B**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p*.* | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Betaferon beta - 1B | iniekcje | 9,6 mln j.m. | szt. | 5250 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.64 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 64 – Lidocainum + Phenylephrinum + Tropicamidum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  Netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Lidocainum + Phenylephrinum + Tropicamidum | roztwór do wstrzykiwań | 0,01g+0,01g+3,1mg/ml | szt. | 5000 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.65 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 65 – Tetracosactide**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Tetracosactide | iniekcje | 0,001g/ml | szt. | 100 |  |  |  |  | 8% |  |
| 2. |  | Tetracosactide | iniekcje | 0,25mg/ml | szt. | 600 |  |  |  |  | 8% |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.66 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 66 – Alteplase**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 miligram )** | Wartość netto  7x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Alteplase | iniekcje | 10mg/20mg/50mg (wskazywana każdorazowo w zamówieniu) | mg | 9000 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy**

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.67 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 67 – Entecevir**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3 ,4,5 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Entecevir | doustna | 0,001g | szt. | 4500 |  |  |  |  | 8% |  |
| 2. |  | Entecevir | doustna | 0,0005g | szt. | 1800 |  |  |  |  | 8% |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.68

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 68 – Afatinib**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  9x11 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1. |  | Afatinib | doustna | 0,04 | szt. | 560 |  |  |  |  | 8% |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.69 **FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 69 – Ifosfamid**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  | Ifosfamid | proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań | 1g | op. | 50 |  |  |  |  |
| 2. |  | 2g | op. | 200 |  |  |  |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.70

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 70 – Aflibercept**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 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. | 15 |  |  |  |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.71

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 71 – Vinblastin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość  w opakowaniu | Ilość  Opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **12** | **13** | **14** |
| 1 |  | Vinblastin | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań | 0,001g | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.72

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 72 – Pazopanibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto  (9x10) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Pazopanibum | doustna | 0,2g | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Pazopanibum | doustna | 0,4g | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

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

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.73

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 73 – Kobimetynib**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie ) | Wartość netto  9x10 | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Kobimetynib | doustna | 0,02g | szt. | 3024 |  |  |  |  |  |  |

\*\*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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.74

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 74 – Dexmedetomidine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto  (9x10) | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Dexmedetomidine | iniekcje | 0,4mg/4ml | szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Dexmedetomidine | iniekcje | 1mg/10ml | szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **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/381/75A/2018

Załącznik nr 4.75

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 75 –Urapidil**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 niniejszej tabeli \* | Nazwa międzynarodowa | Postać farmaceutyczna | Dawka | J.m. | Wymagana ilość | Ilość w opakowaniu | Ilość opakowań  \*\* | Cena jednost.  netto (za opakowanie | Wartość netto | Podatek VAT  % | Wartość brutto |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 |  | Urapidil | iniekcje | 0,05g/10ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | Urapidil | iniekcje | 0,1g/20ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | | | |  |  |  |

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

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/75A/2018

Załącznik nr 4.76

**FORMULARZ CENOWY**

**WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 76 – Pasireotidum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa oferowanego produktu spełniająca wymogi zawarte w kolumnie 3,4 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 |  | Pasireotidum | proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań | 20mg, 40mg, 60mg (wskazywane każdorazowo w zamówieniu) | op. | 25 |  |  | 8% |  |

…………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy