**Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektronicznej)**

**UWAGA DOTYCZY VATU**

**STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄZUJE Z TYTUŁU WEWNATRZWSPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIAZEK PODATKOWY CIĄŻY NA ZAMAWIAJĄCYM ( METODA ODWROTNEGO OBCIAZENIA – REVERSE CHARGE)**

**WYKAZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 1**

**program lekowy - LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO**

**Wadium - 1.910,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Abiraterone 250 mg x 120 tabletek Możliwość realizacji 500 mg x 60 tabletek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 2**

**PROGRAM LEKOWY LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA Z ZASTOSOWANIEM AFATYNIBU W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 5.640,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Afatinib 20 mg x 28 kapsułek. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Afatinib 30 mg x 28 kapsułek. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Afatinib   dawka 40 mg x 28 kapsułek. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 3**

**LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PLAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)**

**Wadium - 13.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Aflibercept 40 mg/ml, roztwór do wstrzykiwań fiolka, przeznaczony wyłącznie do wstrzyknięcia do ciała szklistego | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 4**

**Wadium - 10.100,00 zł**

**Lek w Programie lekowym LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Atezolizumab koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg/20 ml op. 1 fiolka | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 5**

**program lekowy - LECZENIE RAKA NERKI**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 16.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Axitinib 1 mg Możliwość realizacji tabletki a 1 mg x 56 tabletek lub 5 mg x 56 tabletek | mg | 48 720 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 6**

**program lekowy - LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO**

**Wadium - 30.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bevacizumab 1 mg inj fiolki (roztwór) Możliwość realizacji fiolki a 100 mg/4ml; 400 mg/16 ml  Trwałość po rozcieńczeniu minimum 48 h | mg | 410 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 7**

**Program lekowy - leczenie ziarniaka grzybiastego lub zespołu SEZARY'EGO**

**Wadium - 1.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Beksaroten 75 mg x 100 kapsułek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykona

**Pakiet nr 8**

**program lekowy LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP)**

**Wadium - 1.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bosentan 125 mg x 56 tabl. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 9**

**Lek w programie lekowym – leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej wenetoklaksem**

**Wadium - 12.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Venetoclaxum 10 mg tabl. powl. op./10 tabl. powl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Venetoclaxum 10 mg tabl. powl. op./14 tabl. powl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Venetoclaxum 50 mg tabl. powl. op./5 tabl. powl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Venetoclaxum 50 mg tabl. powl. op./7 tabl. powl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Venetoclaxum 100 mg tabl. powl. op./7 tabl. powl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Venetoclaxum 100 mg tabl. powl. op./14 tabl. powl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Venetoclaxum 100 mg tabl. powl. op./112 tabl. powl. | op | 72 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 10**

**PROGRAM LEKOWY- LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ**

**Wadium - 3.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bosutinib mg tabl. Możliwość realizacji opakowanie 100 mg x 28 tabl, 500 mg x 28 tabl | mg | 532 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 11**

**PROGRAM LEKOWY - LECZENIE OPORNYCH I NAWROTOWYCH POSTACI CHŁONIAKÓW CD30+**

**Wadium - 19.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Brentuximab Vedotin 50 mg fiolka trwałość po rekonstytucji min. 24 h | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 12**

**PROGRAM LEKOWY - LECZENIE RAKA NERKIW ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 35.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cabozantinib 20 mg x 30 tabletek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Cabozantinib 40 mg x 30 tabletek | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Cabozantinib 60 mg x 30 tabletek | op | 45 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawc

**Pakiet nr 13**

**PROGRAM LEKOWY - LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO**

**Wadium - 12.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cetuxymab 1 mg fiolka roztwór.  Możliwość realizacji:  fiolka 100 mg/20 ml;  fiolka 500mg/100 ml Trwałość po rozcieńczeniu min. 24 h. | mg | 235 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 14**

**PROGRAM LEKOWY - LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUC**

**Wadium - 1.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Crizotinib 250 mg x 60 kapsułek. Mozliwość realizacji dawki 200 mg x 60 kapsułek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 15**

**program lekowy - LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ**

**Wadium - 35.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dazatynibum dawka: 1 mg postać: tabl. powl.  Możliwość realizacji a 20 mg x 60 tabl., 50mg x 60 tabl, 80 mg x30 tabl, 100 mg x 30 tabl, 140 mg x 30 tabl | mg | 1 110 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

………………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 16**

**program lekowy - LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO**

**Wadium - 2.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Enzalutamidum 40 mg x 112 kapsułek. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 17**

**program lekowy - LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 2.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Eltrombopagum 25 mg x 28 tabletek | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Eltrombopagum 50 mg x 28 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 18**

**LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 4.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Epoprostenol , proszek do sporządzenia roztworu do infuzji 0,5 mg + rozpuszczalnik 0,9% Natrium Chloratum 100 ml opakowanie | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Epoprostenol proszek do sporządzenia roztworu do infuzji 1,5 mg + rozpuszczalnik 0,9% Natrium Chloratum 100 ml opakowanie | op | 1 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 19**

**Program lekowy leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 1.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Erlotinib 100 mg x 30 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Erlotinib 150 mg x 30 tabl. | op | 12 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 20**

**program lekowy - LECZENIE RAKA NERKI**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 6.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Everolimus 10 mg x 30 tabl. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Everolimus 5 mg x 30 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 21**

**program lekowy - LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Gefitinib 250 mg x 30 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 22**

**program lekowy IBRUTYNIB W LECZENIU CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ**

**Wadium - 21.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ibrutinib 140 mg tabletki. a 90 kapsułek, | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 23**

**program lekowy - LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP)**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 7.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Iloprost 0,01 mg/1 ml płyn x 30 amp. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Iloprost 0,02 mg/1 ml płyn x 42 amp. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawc

**Pakiet nr 24**

**LECZENIE NOWOTWORÓW PODŚCIELISKA PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST)**

**Wadium - 5.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Imatinibum dawka: 400 mg x 90 tabl postać: tabl. powl. | op | 24 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 25**

**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH**

**Wadium - 2.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Immunoglobulina ludzka normalna do podania dożylnego. 1 ml roztworu zawiera: immunoglobulina ludzka normalna 100 mg, z czego co najmniej 98% stanowi IgG Rozkład podklas IgG: IgG1 > 56,9% IgG2 > 26,6 % IgG3 ≥ 3,4% IgG4 ≥ 1,7 % max IgA - 0,14 mg Szybkość wlewu maksymalnie: 8 ml/kg m. c./h opakowanie: fiolka 10 % 50 ml lub 100 ml Kiovig | g | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 26**

**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH**

**Wadium - 30.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Immunoglobulina ludzka normalna do podania dożylnego. 1 ml roztworu zawiera: immunoglobulina ludzka normalna 100 mg, z czego co najmniej 98% stanowi IgG Rozkład podklas IgG: IgG1 około 67,8% IgG2 około 28,7 % IgG3 około 2,3% IgG4 około 1,2 % max IgA - 0,025 mg Osmolarność: około 320 mOsmol/kg Szybkość wlewu maksymalnie: 7,2 ml/kg m.c./h opakowanie: fiolka 10 % 50 ml lub 100 ml Privigen | g | 20 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 27**

**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH**

**Wadium - 820,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Immunoglobulina ludzka normalna do podania podskórnego i domięśniowego 1 ml roztworu zawiera: białko ludzkie 160 mg, z czego co najmniej 95% stanowi IgG Rozkład podklas IgG: IgG1 około 45-75% IgG2 około 20-45 % IgG3 około 3-10% IgG4 około 2-8 % max IgA - 4,8 mg opakowanie: fiolka 800 mg/ 5 ml możliwość realizacji 1600 mg/ 10 ml Subcuvia | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 28**

**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH**

**Wadium - 9,700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Immunoglobulina ludzka normalna roztwór do wstrzykiwań podskórnych. 1 ml roztworu zawiera: Białko osocza ludzkiego 200mg, z czego co najmniej 98 % stanowi IgG Rozkład podklas IgG: IgG1 około 62-74% IgG2 około 22-34 % IgG3 około 2-5% IgG4 około 1-3 % max IgA - 0,050 mg opakowanie: 20 % fiolka 5,10,15 lub 20 ml Pompy do podawania leku - ilość - w zależności od ilości pacjentów. (HIZENTRA) | g | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 29**

**program lekowy -**

**LECZENIE RAKA PIERSI**

**Wadium - 3.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lapatinib 250 mg x 70 tabl. Mozliwość realizacji tabletki a 250 mg x 140 tabletek | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykona

**Pakiet nr 30**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**program lekowy - LENALIDOMID W LECZENIU CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA MNOGIEGO**

**Wadium - 99.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lenalidomide 5 mg x 21 kaps | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Lenalidomide 10 mg x 21 kaps | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Lenalidomide 15 mg x 21 kaps. | op | 130 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Lenalidomide 25 mg x 21 kaps | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 31**

**program lekowy - LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP)**

**Wadium - 12.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Macytentan 10 mg tabletki opakowanie 30 tabletek | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonaw

**Pakiet nr 32**

**program lekowy - LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ (ICD-10 J 45.0) ORAZ CIĘŻKIEJ ASTMY EOZYNOFILOWEJ**

**Wadium - 1.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mepolizumabum proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg x 1 fiolka | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 33**

**program lekowy - LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ**

**Wadium - 5.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nilotynib 200 mg x 112 kapsułek | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 34**

**program lekowy - LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA LECZENIE RAKA NERKI LECZENIE OPORNEJ I NAWROTOWEJ POSTACI KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA Z ZASTOSOWANIEM NIWOLUMABU**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 15.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nivolumab 40 mg/4 ml x 1 fiolka | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Nivolumab 100 mg/10 ml x 1 fiolka | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 35**

**program lekowy -LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM**

**Wadium - 2.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Obinutuzumabum 1000 mg/40 ml fiolka | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 36**

**program lekowy - LECZENIE PODTRZYMUJĄCE OLAPARYBEM CHORYCH NA NAWROTOWEGO PLATYNOWRAŻLIWEGO ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB PIERWOTNEGO RAKA OTRZEWNEJ**

**Wadium - 9.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Olaparib 50 mg kapsułki x 448 kapsułek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 37**

**program lekowy - LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ OMALIZUMABEM W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 3.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Omalizumab dawka: 75 mg postać: inj.op./1,0 fiol. amp.-strzyk. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Omalizumab dawka: 150 mg postać: inj.op./1,0 fiol. + rozp. 2 ml amp.-strzyk. | op | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 38**

**program lekowy - LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA**

**Wadium - 7.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Osimertinibum dawka: 80 mg postać: tabletki x 30 tabl  Możliwość realizacji: opakowanie a 40 mg x 30 tabletek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 39**

**program lekowy - LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO**

**Wadium - 6.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Panitumumab dawka: 1 mg postać: inj. x 1 fiolka iv roztwór Mozliwość realizacji: 100 mg fiolka, 400 mg fiolkaTrwałość po rozcieńczeniu min. 24 h. | mg | 55 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 40**

**program lekowy - LECZENIE RAKA NERKI ,W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 8.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pazopanib dawka: 0,2 g postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pazopanib dawka: 0,4 g postać: tabl. powl. op./60,0 tabl. Możliwość realizacji opakowanie 30 tabletek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 41**

**program lekowy - LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA**

**Wadium - 4.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pembrolizumabum 100 mg / 4 ml koncentrat do sporządznia roztworu x 1 fiolka | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 42**

**program lekowy - LECZENIE RAKA PIERSI**

**Wadium - 14.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pertuzumab 420 mg/14 ml fiolka Trwałość po rozcieńczeniu min. 24 h | op | 160 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 43**

**program lekowy -LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 11.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pirfenidonum 267 mg x 63 tabletki | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pirfenidonum 267 mg x 252 tabletki | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Pirfenidonum 801 mg x 84 tabletki | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 44**

**program lekowy - LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA MNOGIEGO**

**Wadium - 7.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pomalidomidum 4 mg x 21 kapsułek. Mozliwość zakupu w zarejestrowanych dawkach | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 45**

**PROGRAM LEKOWY LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 27.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Riociguatum tabletki. 0,5mg x42 tabletki; | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Riociguatum tabletki. 1 mg x 42 tabletki; | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Riociguatum tabletki. 1,5 mg x 42 tabletki; | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Riociguatum tabletki. 2 mg x 42 tabletki; | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Riociguatum tabletki. 2,5 mg x 42 tabletki | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 46**

**program lekowy - LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH ,**

**Wadium - 90.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Rituximabum 1 mg fiolka (koncentrat) iv Możliwość realizacji: 100 mg fiolka 500 mg fiolka Trwałość po rozcieńczeniu min. 24 h. | mg | 1 040 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 47**

**program lekowy - LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH**

**Wadium - 13.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Rituximabum 1 400 mg roztwór do wstrzykiwań, podskórnie 1400 mg 1 fiol. po  11,7 ml | op | 260 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 48**

**program lekowy - LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP)**

**Wadium - 1.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sildenafilum dawka: 20 mg postać: tabl. powl. x 90 tabl | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 49**

**program lekowy - LECZENIE RAKA NERKI , W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 65.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sunitinib 1 mg kapsułki Możliwość realizacji: 12,5 mg kapsułki; 25 mg kapsułki; | mg | 280 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Sunitinib 50 mg kapsułki x 28 kapsułki | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 50**

|  |  |
| --- | --- |
| **program lekowy - LECZENIE RAKA NERKI LECZENIE RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO** |  |

**Wadium - 4.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sorafenib dawka: 0,2 g postać: tabl. powl. op./112,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 51**

**LECZENIE RAKA NERKI**

**Wadium - 2.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Temsirolimus dawka: 0,03 g/1,2 ml --> 1 fiolka (szklana) 1,2 ml koncentratu (25 mg/ml) oraz 1 fiolka (szklana) 2,2 ml rozcieńczalnika Trwałość po rekonstytucji min. 24 h | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 52**

**program lekowy - LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ**

**Wadium - 2.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tobramycinum dawka: 300 mg pojemniki 4 ml lub 5 ml postać: płyn op./56,0 pojemników | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 53**

**program lekowy - LECZENIE MIĘSAKÓW TKANEK MIĘKKICH**

**Wadium - 3.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Trabectedin 1 mg fiolka iv Możliwość realizacji: 0,25 mg fiolka; 1 mg fiolka Trwałość po rekonstytucji minimum 30 h | mg | 65 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 54**

**program lekowy - LECZENIE RAKA PIERSI LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA**

**Wadium - 13.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Trastuzumabum dawka: 150 mg postać: inj. iv. (proszek do p. roztworu) op./1,0 fiol. s.subst. 15 ml Trwałość po rekonstytucji minimum 48 h | fiolka | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 55**

**program lekowy - LECZENIE RAKA PIERSI**

**Wadium - 34.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Trastuzumabum dawka: 600 mg postać:roztwór do wstrzykiwań podskórnie op./1,0 fiol. | fiolka | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 56**

**program lekowy -   
LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP)**

**Wadium - 56.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Treprostinilum dawka: 2,5 mg/ml postać: - op./1,0 fiol.20 ml Możliwość realizacji w dawce 5 mg/ml i 10 mg/ml | fiolka | 370 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 57**

**Wadium - 1.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Arsenic trioxide 10 mg/10 ml inj. x 10 amp. Trwałość po rozcieńczeniu min 24 h temp. Pokojowa 48 h tem. 2-8 °C | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 58**

**Wadium - 12.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Azacitidine 100 mg inj. x 1 fiolka Trwałość po rekonstytucji min 8 h | fiolka | 900 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 59**

**Wadium - 510,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bendamustine 1 mg inj fiolki Możliwość realizacji fiolki a 25 mg; 100 mg Trwałość po rozcieńczeniu minimum 3,5 h w temperaturze pokojowej, 2 dni w temperaturze 2-8⁰C | mg | 91 250 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | System bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 60**

**Wadium - 670,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bleomycinum 15 000 j.IU inj. im/iv/Sc. (liofilizat do p. roztworu)x 1 fiolka  Trwałość po pierwszym nakłuciu min 72 h | fiolka | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykona

**Pakiet nr 61**

**Wadium - 720,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bortezomib inj. 3,5 mg fiolki Trwałość po rekonstytucji min 8 h  Do podania dożylnego i podskórnego | mg | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | System bezigłowy Phaseal lub Spiros lub Medicart zapewniający gwarancje trwałości mikorobiologicznej minimum 168 h kompatybilny z fiolką | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawc

**Pakiet nr 62**

**Wadium - 8.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Busulfanum 6mg/ml inj. iv (koncentrat) x 8 amp. 10 ml trwałość po rozcieńczeniu minimum 12 h | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 63**

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

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Capecitabinum dawka: 150mg postać: tabl. opakowanie: op./60,0 tabl. opakowania z perforowanymi blistrami podzielonymi na pojedyńcze dawki | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Capecitabinum dawka: 500 mg postać: tabl. powl. op./120,0 tabl. opakowania z perforowanymi blistrami podzielonymi na pojedyńcze dawki | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawc

**Pakiet nr 64**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 1.910,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Carboplatinum 450 mg inj. roztwór fiolki.  Trwałość preparatu po rozcieńczeniu min. 72 h. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Carboplatinum 600 mg inj. roztwór fiolki.  Trwałość preparatu po rozcieńczeniu min. 72 h. | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 65**

**Wadium - 7,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Chlorambucilum dawka: 2 mg postać: tabl. powl. op./25,0 tabl | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 66**

**Wadium - 660,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cisplatinum 1mg roztwór inj. X 1 fiolka  Możliwość realizacji fiolka 50 mg/50 ml; 100 mg/100 ml Trwałość po pierwszym nakłuciu min. 72 h. | mg | 100 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 67**

**Wadium 330,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cladribinum 10mg/10 ml inj.iv roztwór x 1 fiolka Trwałość po pierwszym nakłuciu min 24 h | fiolka | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 68**

**Wadium - 680,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Clofarabine 20mg/20ml inj roztwór x 1 fiolka Trwałość po rozcieńczeniu minimum 72 h | fiolka | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 69**

**Wadium -21,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cyclophosphamidum dawka: 50 mg postać: draż. op./50,0 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 70**

**Wadium - 1.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cyclophosphamidum 1000 mg inj. iv. (proszek do p.roztworu) x 1 fiolka Trwałość po rekonstytucji min 24 h | fiolka | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 71**

**Wadium - 2.980,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cytarabinum 1 mg inj.iv., dokanałowo roztwór fiolka Możliwość realizacji w dawce1000 mg, 2000 mg Trwałość po pierwszym nakłuciu min. 72 h. | mg | 3 600 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 72**

**Wadium - 420,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dacarbazinum dawka: 1 mg postać: inj. im./iv. (proszek do p. roztworu) Możliwość realizacji fiolki a 100 mg, 200 mg, 500 mg i 1000 mg | mg | 280 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike do onkologii | szt | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 73**

**Wadium - 1.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Daratumumabum 400 mg/20 ml x 4 fiolki | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 74**

**Wadium - 810,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Docetaxel 1mg fiolka roztwór Możliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach Trwałość po pierwszym nakłuciu min 72 h | mg | 88 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 75**

**Wadium - 920,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Doxorubicynum 1 mg inj roztwór: Możliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach Trwałość po pierwszym nakłuciu min. 72 h. | mg | 140 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | System bezigłowy typu \*spike do onkologii | szt | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 76**

**Wadium - 1.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Doxorubicynum liposom.20 mg inj x 1 fiolka 10 ml typu Caelyx | fiolka | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 77**

**Wadium - 9.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Doxorubicynum liposom. 50 mg inj x 2 fiolki typu Myocet Trwałość po rekonstytucji min. 72 h. w temp. 2-8°C | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 78**

**Wadium - 170,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Epirubicynum 50mg/25 mlinj. iv roztwór x 1 fiolka roztwór Trwałość po rozcieńczeniu min. 48 h. Możliwoś realizacji 100 mg i 200 mg | fiolka | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 150 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 79**

**Wadium - 560,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Etoposidum 1 mg inj.iv. koncentrat x 1 fiolka Możliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach fiolka Trwałość po pierwszym nakłuciu min 72 h | mg | 340 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 80**

**Wadium - 309,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fludarabinum 50 mg inj. x 1 fiolka roztwór | fiolka | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | System bezigłowy typu mikrospike do onkologii | szt | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

|  |
| --- |
| Bezigłowy przyrząd do przygotowywania i pobierania roztworów z fiolek i butelek umożliwiający wielokrotne aseptyczne pobieranie z pojemnika zbiorczego z kolcem typu MICRO posiadającym otwór biorczy w połowie długości kolca, wolnym od lateksu i PCV. Objętość wypełnienia 0,20ml. Zabezpieczony przed wyciekami poprzez specjalny zakręcany korek. |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 81**

**Wadium - 810,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fludarabinum dawka: 10 mg postać: tabl. powl. op a 20 tabl | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 82**

**Produkty muszą być kompatybilne w jednym pojemniku.**

**Wadium - 2.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fluorouracilum 5000 mg/100 ml inj iv roztwór x 1 fiolka | fiolka | 1 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike do onkologii | szt | 1 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Sodium Levofolinate dawka: 0,2 g/4 ml postać: inj. x 1 fiol | fiolka | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 83**

**Wadium - 13.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fulvestrant 250 mg/5ml inj. X 2 s-amp.5 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 84**

**Wadium - 1.150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Gemcitabinum 1g fiolka roztwór Możliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach fiolka Trwałość po pierwszym nakłuciu min 72 h | g | 2 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 1 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 85**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 2.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Idarubicinum 5 mg fiolka Trwałość po rekonstytucji min 24 h | op | 130 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Idarubicinum 10 mg fiolka Trwałość po rekonstytucji min 24 h | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 86**

**Wadium - 1.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ifosfamidum dawka: 2000 mg postać: inj. iv. (proszek do p. roztworu) x 1 fiolka Trwałość po rekonstytucji minimum 48 h | fiolka | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 87**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 570,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Imatinib dawka: 100 mg x 60 tabl postać: tabl. powl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Imatinib dawka: 400 mg x 30 tabl postać: tabl. powl. | op | 240 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 88**

**Wadium - 1.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Interferonum alfa 2-b 18 mln j.m.  x 1 ampułkostrzykawka | op | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 89**

**Wadium - 710,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Irinotecanum fiolki 1 mg postać: inj. roztwór, Realizacja a 100 mg,300 mg Trwałość po rozcieńczeniu minimum 24 h | mg | 270 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 900 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 90**

**DO KONTYNUACJI W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 470,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Meaxin dawka: 100 mg x 60 tabl postać: tabl. powl. | op | 24 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Meaxin dawka: 400 mg x 30 tabl postać: tabl. powl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 91**

**Wadium - 6,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Melphalanum dawka: 2 mg postać: tabl. op./25,0 tabl. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 92**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methotrexatum dawka: 2,5 mg postać: tabl op./50,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 93**

**Wadium - 184,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methotrexatum dawka: 5 g/50 ml postać: inj. op./1,0 fiol. | fiolka | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 94**

**Wadium - 105,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mitomycinum dawka: 10 mg postać: inj. x 1 fiol i.v.Trwałość po rekonstytucji minimum 6 h | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 95**

**Wadium - 160,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mitoxantrone 20 mg x 1 fiolka roztwór i.v. | fiolka | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 96**

**Wadium - 1.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nelarabine dawka 0,25 g / 50 ml postać:inj. roztwórOpakowanie 6 fiolek Trwałość po pierwszym nakłuciu min. 8 h | op | 25 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 97**

|  |
| --- |
| **DO KONTYNUACJI W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek** |

**Wadium - 3.150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nibix dawka: 100 mg x 60 tabl postać: kapsułka | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Nibix dawka: 400 mg x 30 tabl postać: kapsułka | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 98**

**Wadium - 230,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Oxaliplatinum 1 mg inj. x 1 fiolka roztwór i.v. Możliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach fiolkaTrwałość po rozcieńczeniu min. 24 h. | mg | 80 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 800 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 99**

**Wadium - 1.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paclitaxel 1 mg inj. i.v. fiolka roztwór Możliwość realizacji w fiolkach 100 mg, 150 mg,300 mg  Trwałość po pierwszym nakłuciu min 72 h | mg | 510 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 100**

**Wadium - 2.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paclitaksel w postaci nanocząsteczkowego kompleksu z albuminą 100 mg fiolka | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 101**

**Wadium - 1.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pegasparagasum dawka: 3 750 j. m. postać: inj. Opakowanie 1 fiolka | fiolka | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 102**

**Wadium - 370,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pemetrexed 1 mg fiolka iv Możliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach Trwałość po rekonstytucji min 24 h | mg | 120 000 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 103**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 11.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ponatinib 15 mg x 60 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ponatinib 45 mg x 30 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 104**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 25.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ruxolitinib 5 mg x 56 tabletek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ruxolitinib 15 mg x 56 tabletek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ruxolitinib 20 mg x 56 tabletek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 105**

**Wadium - 103,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Thiotepa 15 mg fiolka opakowanie 1 fiolka | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 106**

**Wadium - 1.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Topotecanum 1mg inj roztwór x 1 fiolka iv Trwałość po pierwszym nakłuciu min 48 h Możliwość realizacji w fiolkach 4 mg | mg | 2 900 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | system bezigłowy typu spike\* do onkologii | szt | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

\*Spike z filtrem powietrza 0,2 μm oraz filtrem cząsteczkowym 5 μm dedykowany do bezpiecznego przygotowania leków . Zaopatrzony w czerwony zawór bezigłowy, który umożliwia skuteczną dezynfekcję.

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 107**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 370,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Topotecanum 0,25 mg x 10 kapsułek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Topotecanum 1 mg x 10 kapsułek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 108**

**Wadium - 210,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vinblastinum 5 mg inj. x 10 fiolek iv s.sucha+1amp. Rozp. 5 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 109**

**Wadium - 290,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vincristinum dawka: 1 mg/1 ml postać: inj. roztwórop./1,0 fiol. Trwałość po pierwszym nakłuciu min 48 h | fiolka | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 110**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vinfluninum 50 mg/2 ml koncentrant do sporządzania roztworu do infuzji x 1 fiolka | fiolka | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Vinfluninum 250 mg/10 ml koncentrant do sporządzania roztworu do infuzji x 1 fiolka | fiolka | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 111**

**Wadium - 4.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vinorelbinum 1 mg kapsułki Możliwość realizacji: 20 mg kapsułki; 30 mg kapsułki | mg | 50 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 112**

**Wadium - 500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vinorelbinum dawka: 50 mg / 5 ml postać roztwór: inj.op./10,0 fiol. Trwałość po rozcieńczeniu minimum 24 h | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | System bezigłowy typu mikrospike\* do onkologii | szt | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

|  |
| --- |
| Bezigłowy przyrząd do przygotowywania i pobierania roztworów z fiolek i butelek umożliwiający wielokrotne aseptyczne pobieranie z pojemnika zbiorczego z kolcem typu MICRO posiadającym otwór biorczy w połowie długości kolca, wolnym od lateksu i PCV. Objętość wypełnienia 0,20ml. Zabezpieczony przed wyciekami poprzez specjalny zakręcany korek. |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 113**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acetazolamidum dawka: 500 mg postać: inj.x 1 fiolka | fiolka | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 114**

**Wadium - 4,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acetylocholina dawka: 10mg/ml postać: inj. wewnątrzgałkowe (roztwór) op./1,0 fiol. 2 ml | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 115**

**Wadium - 7,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ajmalinum dawka: 5 mg/ml postać: inj.iv. (roztwór) opakowanie 5 ampułek 10 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 116**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Alkohol Konzentrat 95% inj. X 10 amp. 20 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 117**

**Wadium - 75,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amphotericinum 10% zawiesina x 1 butelka 40 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 118**

**Wadium - 170,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amphotericinum dawka: 50 mg postać: inj. op./1,0 fiol.typu Fungizone | fiolka | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 119**

**Wadium - 1.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Aztreonamum 1000 mg x 1 fiolka | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 120**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Blue patente V 2,5% inj. x 5 amp. 2 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 121**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Carbacholum dawka: 0,1 mg/ml postać: inj. wewnątrzgałkowe (roztwór) op./12,0 fiol. 1,5 ml | op | 12 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 122**

**Wadium - 280,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Carmustinum dawka: 100mg postać: inj. op. 1 fiol. | fiolka | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Rozpuszczalnik do iniekcji | fiolka | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 123**

**Wadium - 38,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Clomethiazolum 50 mg/ml roztwór opakowanie 300 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 124**

**Wadium - 22,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cyclopentolati hydrochloridum dawka:0,5% postać: krople do oczu minims 0,5 ml opakowanie 20 minimsów | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 125**

**Wadium - 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | cyclopentolati hydrochloridum dawka:1% postać: krople do oczu możliwość realizacji op 10 ml lub 15 ml | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 126**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cycloserine 250 mg x 100 kapsułek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 127**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cydofowir dawka 75 mg/1 ml postać: inj. Opakowanie 1 fiolka 5 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 128**

**Wadium - 35,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dantrolenum dawka: 20 mg postać: inj. iv. X 12 fiolek | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 129**

**Wadium - 4,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dapsonum dawka: 100 mg postać: tabl. X 100 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 130**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Daunorubicynum 20 mg inj. iv (liofilizat) x 10 fiolek Trwałość po rekonstytucji min24 h w temp. 2-8 °C | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 131**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dihydralazinum 25 mg x 100 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 132**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dihydralazinum 25 mg/ 2 ml inj. iv.fiolka x 5 fiolek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 133**

**Wadium - 120,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dimethylis sulfoxydum 50% 50 ml 1 flakon | flakon | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 134**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Argipressin 40 j.m./2 ml x 5 ampułek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Argipressin 40 j.m./2 ml x 10 ampułek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 135**

**Wadium - 3.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Foscarnet 24 mg/ml inj. X 1 flakon 250 ml | flakon | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 136**

**Wadium - 4,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Glycopyrronium bromide 0,2 mg/1 ml x 5 ampułek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 137**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Hyaluronidasum dawka: 150 I.E. postać: inj. im./iv./sc. (roztwór) x 10 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 138**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Indocyanine green dawka: 25 mg postać: inj. iv. (proszek + rozp.) op./5,0 amp. | op | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 139**

**Wadium - 4,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Isoprenaline 0,2 mg/1 ml inj.x 5 fiolek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 140**

**Wadium - 390,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Melphalanum dawka: 50 mg/10 ml postać: inj. op./1,0 fiol. | fiolka | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 141**

**Wadium - 5.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methoxsalen 0,2 mg/10 ml x 12 fiolek | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 142**

**Wadium - 6,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methylenum coeruleum 1% roztwór iniekcje opakowanie 10 ampułek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 143**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mexiletine 200 mgx 100 kapsułek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 144**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pentamidine 300 mg x 1 fiolek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 145**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Phenylephrinum dawka: postać: krople do oczu 2,5% 20 minimsów 0,5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 146**

**Wadium - 13,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Probenecid dawka 0,5 g postać tabletki opakowanie 100 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 147**

**Wadium - 9,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Procarbazine 50 mg x 50 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 148**

**Wadium - 140,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Rifabutin 150 mg x 30 kapsułek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 149**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sulfadiazine 500 mg x 100 tabletek | **op** | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 150**

**Wadium - 210,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Thalidomidum dawka: 100 mg postać: tabl x 30 tabletek | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 151**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Thiamazolum 40 mg 1 ml x 10ampułek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 152**

**Wadium - 1.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Treosulfan 5,0 g inj. (proszek do p. roztworu) x 1 fiolka s. suchaTrwałość po rekonstytucji min. 48 h. | fiolka | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 153**

**Wadium - 7,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Triamcinolone Acetonide dawka: 0,04 g/1 ml postać: inj. x 1 amp. | ampułka | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 154**

**Wadium - 280,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vasopressin 20 j.m. /1 ml x 5 ampuek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 155**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Verapamilum dawka: 5 mg/2 ml postać: inj. (roztwórop./5,0 amp. 2 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 156**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 1.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Aciclovirum dawka: 250 mg postać: inj. iv. (proszek do p. roztworu) op./10,0 amp | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Aciclovirum dawka: 500 mg postać: inj. iv. (proszek do p. roztworu) op./10,0 amp. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 157**

**Wadium - 65,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Aciclovirum dawka: 800 mg postać: tabl. powl op./30,0 tabl. w blistrach | op | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 158**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Aflibercept dawka: 100 mg/4 ml x 1 fiolka | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Aflibercept dawka: 200 mg/8 ml x 1 fiolka | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 159**

**Wadium - 35,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amikacyna 500 mg inj. iv.x 1 fiolka | fiolka | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 160**

**Wadium - 1.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amoxicillinum z inhibitorem beta-laktamaz 1200 mg inj. iv.x 1 fiolka | fiolka | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 161**

**Wadium - 26.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amphotericinum 100 mg/20 ml inj. x 10 fiolek typu Abelcet | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 162**

**Wadium - 7.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amphotericinum 50 mg x 1 fiolka typu AmBisome | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 163**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ampicillinum z inhibitorem beta-laktamaz 3000 mg inj. im./iv. X 1 fiolka | fiolka | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 164**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Azithromycinum 500 mg x 5 fiolek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 165**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Caspofungin 70 mg inj.iv. x 1 fiolka | fiolka | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Caspofungin 50 mg inj.iv. x 1 fiolka | fiolka | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 166**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cefalexinum 500 mg x 16 kapsułek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 167**

**Wadium - 500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cefazolinum 1000 mg inj. Im./iv. (proszek do przygotowania roztworu) x 1 fiolka | fiolka | 20 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 168**

**Wadium - 380,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cefepimum dawka: 2000 mg postać: inj. im./iv.  opakowanie: op./1,0 fiol. | fiolka | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 169**

**Wadium - 3,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cefotaxime dawka: 1000 mg postać: inj. iv  opakowanie: op./1,0 fiol. | fiolka | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 170**

**Wadium - 5.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ceftazidimum dawka: 2000 mg postać: inj. im./iv. op./10,0 fiol | fiolka | 7 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 171**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ceftriaxone 1000 mg inj.x 1 fiolka IV | fiolka | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 172**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cefuroximum dawka: 1500 mg postać: inj. iv. (proszek do p. roztworu) x 10 fiolek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 173**

**Wadium - 450,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cefuroximum dawka: 50 mg DO PODAWANIA DOSZKLISTKOWEGO x 10 fiolek | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 174**

**Wadium - 10.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ceftazidimum + Avibactam 2 g+ 0,5 g proszek do sporządzania roztworu do infuzji x 10 fiolek | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 175**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ciprofloxacin 200 mg/100ml inj. X 1 Opakowanie z podwójnymi szczelnymi, bezpiecznymi portami Możliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach | op | 12 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 176**

**Wadium - 140,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Clarithromycinum dawka: 500 mg postać: inj. iv op./1,0 fiol | fiolka | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 177**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Clindamycinum dawka: 0,3 g/2 ml postać: inj. op./,1 amp | op | 340 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Clindamycinum dawka: 0,6 g/4 ml postać: inj. op./ 1amp. | op | 480 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 178**

**Wadium - 650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cloxacillinum 1000 mg inj.im./iv. (proszek do p. roztworu) x 1 fiolka | op | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 179**

**Wadium - 5.250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Colistinum 1 mln j.m. inj. (proszek do p. roztworu) x 20 fiolek | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 180**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fluconazolum 200mg/100 ml inj. 10 opakowanie 100 ml Opakowanie z podwójnymi szczelnymi i bezpiecznymi portamiMożliwość realizacji w zarejestrowanych dawkach | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 181**

**Wadium - 260,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fluconazolum dawka: 100 mg postać: tabl op./28,0 tabl. w blistrze | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 182**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Flucytosinum 10 mg/ml 250 ml x 5 flakonów | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 183**

**Wadium - 3.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ganciclovirum 500 mg inj. Iv. (proszek do p. roztworu) x 1 fiolka | fiolka | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 184**

**Rejestracja jako produkt leczniczy**

**Wadium - 1.650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Gentamicinum dawka: 130 mg postać: gąbka kolagenowa 5x20x0,5 cm możliwość realizacji w rozmiarze 10x10x0,5 | szt | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 185**

**Wadium - 500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Imipenemum+Cilastatinum 500 mg + 500 mg inj x 1 fiolka i.v. | fiolka | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 186**

**Wadium - 360,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Levofloxacinum dawka: 500 mg/100 ml postać: inj. x 10 fiolek | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 187**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Linezolidum 600 mg x 10 tabl. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 188**

**Wadium - 1.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Linezolidum 600 mg/ 300ml inj. Iv (Roztwór) x 10 worków po 300 ml z dwoma szczelnymi, bezpiecznymi sterylnymi portami wyposażonymi w samouszczelniające się membrany | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 189**

**Wadium - 4.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Meropenemum 1000 mg inj. Iv x 10 fiolek | op | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 190**

**Wadium - 7.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mycafungin 100 mg fiolka i.v. | fiolka | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 191**

**Wadium - 120,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Oseltamivir dawka: 0,075 g postać: kaps. op./10,0 kaps | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 192**

**Wadium - 2.250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Piperacillinum+Tazobactamum 4500 mg inj.x 10 fiolek i.v. | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 193**

**Wadium - 11.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Posakonazol 40mg/ml zawiesina doustna 1 flakon 105 ml | flakon | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 194**

**Wadium - 625,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Posakonazol 300mg/16,7 ml inj. opakowanie 1 fiolka | fiolka | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 195**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 640,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Teicoplaninum 200 mg inj. im./iv. x 1 fiolka | fiolka | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Teicoplaninum 400 mg inj. im./iv. x 1 fiolka | fiolka | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 196**

**Wadium - 450,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tygecyklina dawka 50 mg postać inj. i.v.opakowanie 10 fiolek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 197**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vancomycinum 1000 mg inj. x 1 fiolek i.v.; **p.o.** | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 198**

**Wadium - 1.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vancomycinum 1000 mg inj. x 1 fiolek i.v. | op | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 199**

**Lek musi znajdować się na liście leków refundowanych w obowiązujacym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w zakładce Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Woriconazol 200 mg x 20 tabl. | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 200**

**Wadium - 850,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Woriconazol 200 mg inj. iv. x 1 fiolka | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 201**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Abciximabum dawka: 10 mg/5 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./1,0 fiol. 5 ml | fiol | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 202**

**Wadium - 400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acetylocysteinum 300 mg inj. x 5 amp. i.v. | op | 2 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 203**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum acetylsalicylicum dawka: 75 mg postać: tabl.  op./60,0 tabl. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 204**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum acetylsalicylicum dawka: 75 mg postać: **tabl. niepowlekane** op./63,0 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 205**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum ascorbicum (Vit. C) 500 mg/5 ml x 5 amp. – roztwóri.v. | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 206**

**Wadium - 190,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum pamidronas 90 mg inj. X 1 fiolka | fiolka | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 207**

**Wadium - 110,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum tranxenamicum dawka: 500 mg/5 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./5,0 amp. 5 ml | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 208**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 270,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Acidum ursodeoxycholicum dawka: 150 mg postać:  op./50,0 kaps | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Acidum ursodeoxycholicum dawka: 300 mg postać: kaps. op./50,0 kaps | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 209**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum valproicum 400 mg inj.iv. x 4 fiolki | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 210**

**Wadium - 2.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Adalimumab dawka: 40 mg/0,8 ml postać: inj../2 ampułkostrzykawki | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 211**

**Wadium - 750,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Adenosinum dawka: 6 mg/2 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./6,0 fiol. 2 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 212**

**Wadium - 6.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Albuminum dawka: 200 mg/ml postać: inj. iv. op./1,0 fl. 100 ml Realizacja 50 ml, 100 ml | fiolka | 3 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 213**

**Wadium - 2.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Alektynib dawka: 150 mg kapsułki twarde x 224 kapsułki | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 214**

**Wadium - 4.100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Alteplasum 20 mg inj.(proszek + rozp.) x 1 fiolka subs. Liofilizowana+rozp. 20 ml Możliwość realizacji 10 mg fiolka lub 50 mg fiolka | fiolka | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 215**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Alutard Sq Jad Osy Seria Podstawowa dawka: - postać: inj. op 4 fiolki 5 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Alutard Sq Jad Osy Seria Podtrzymująca dawka: - postać: inj opakowanie 1 fiolka 5 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 216**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Alutard Sq Jad Pszczoły Seria Podstawowa dawka: - postać: inj.op 4 fiolki 5 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Alutard Sq Jad Pszczoły Seria Podtrzymująca dawka: - postać: inj. opakowanie 1 fiolka 5 ml | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 217**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amantadinum 200mg/500 ml inj. iv x 10 flakonów 500 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 218**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Amiodaronum 50 mg/ml inj. x 6 amp. 3 ml | op | 2 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 219**

**Wadium - 5.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Antilymphocyticum immunoglobulinum typu Grafalon 20mg/ml inj. iv. X 10 fiolek 5 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 220**

**Wadium - 5.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Antilymphocyticum immunoglobulinum typu Thymoglobuline 5mg/ml 25 mg inj. iv. X 1 fiolka 5 ml | fiolka | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 221**

**Wadium - 1.800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Antithrombinum III 500j.m. inj. iv (liofilizat do p. roztworu) x 1 fiolka+rozp. 10 ml Realizacja a 500j.m. lub 1000j.m. | fiolka | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 222**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Apixaban dawka:2,5 mg postać: tabl.powl. opakowanie 56 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Apixaban dawka: 5 mg postać: tabl.powl. opakowanie 56 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 223**

**Wadium - 700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Aprepitant dawka: 80m g + 125 mg postać: kaps.x op./3,0 kaps. = 2 kaps. 0,08 g + 1 kaps. 0,125 g | op | 350 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 224**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Aqua rozpuszczalnik do iniekcji op 100 amp. Poj. 10 ml ( możliwość realizacji a 50 ampułek) | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 225**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Atorvastatinum dawka: 10 mg postać: tabl. powl. op. x 30 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Atorvastatinum dawka: 20 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. blistry | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Atorvastatinum dawka: 40 mg postać: tabl. powl op./30,0 tabl. blistry | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Atorvastatinum 80 mg x 30 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 226**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Azulan płyn 90,0 g | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 227**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Barii sulfas dawka: 1 g/ml postać: zawiesina doustna op./1,0 op. 200 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: .......................................................................................................................................... ………………………

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 228**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Benzylpenicillinum dawka: 1 mln. j.m. postać: inj. im./iv. (proszek do p. roztworuop./1,0 fiol. s.subst. | fiolka | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Benzylpenicillinum dawka: 3 mln. j.m. postać: inj. im./iv. (proszek do p. roztworuop./1,0 fiol. s.subst. | fiolka | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 229**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Benzylpenicillinum dawka: 5 mln. j.m. postać: inj. im./iv. (liofilizat) x 1fiolka | fiolka | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 230**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Biwalirudyna dawka: 250 mg.(liofilizat) 1fiolka | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 231**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 120,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Budesonidum 0,5 mg/ml zawiesina do inhalacji 20 poj 2,0 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Budesonidum dawka: 0,25 mg/ml postać: zawiesina do inhalacji op./20,0 poj. 2 ml | op | 230 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 232**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bupivacainum + Epinephrinum 0,5% 100 mg + 0,01 mg inj.op. 5 fiolek 20 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 233**

**Wadium - 160,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Butylscopolaminum dawka: 20 mg/1 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. | op | 900 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 234**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | C1-Inhibitor dawka 500 j. postać: inj. opakowanie 1 fiolka + rozp. + akcesoria | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 235**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 310,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Calcium folinate dawka: 50 mg/5 ml postać: inj. im./iv. (roztwór) opakowanie: op./5,0 amp. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Calcium folinate dawka: 100 mg/10 ml postać: inj. im./iv. (roztwór) opakowanie: op./1,0 fiolka | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Calcium folinate dawka: 200 mg/20ml postać: inj. im./iv. (roztwór) opakowanie: op./1,0 fiol. | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Calcium folinate dawka: 500 mg/50 ml postać: inj. im./iv. (roztwór) opakowanie: op./1,0 fiolka | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Calcium folinate dawka: 1000 mg/100 ml postać: inj. im./iv. (roztwór) opakowanie: op./1,0 fiolka | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 236**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Calcium folinate dawka: 5 mg postać: kaps. op./50,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 237**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Calcium folinate dawka: 15 mg postać: kaps. op./20,0 kaps. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: ..................................................................................................................................................... ……………………………………

Cena z VAT: ................................................................................................................................. Pieczątka i podpis wykonawcy

Słownie: ..........................................................................................................................................

**Pakiet nr 238**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Carvedilolum dawka: 3,125 mg postać: tabl.op./30,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Carvedilolum dawka: 6,25 mg postać: tabl.op./30,0 tabl. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Carvedilolum dawka: 12,5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Carvedilolum dawka: 25 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Cilazaprilum dawka: 0,5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Cilazaprilum dawka: 1 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Cilazaprilum dawka: 2,5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Cilazaprilum dawka: 5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Cilazaprilum + Hydrochlorothiazidum dawka: 5 mg+12,5 mg postać: tabl. powlop./28,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 239**

**Wadium - 1.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ciclosporinum dawka: 50 mg/ml postać: inj. iv. (koncentrat op./10,0 amp. 1 ml | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 240**

**Wskazania:tranplantacja szpiku i przeszczep serca**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ciclosporinum 100 mg x 50 kaps. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ciclosporinum 25 mg x 50 kaps. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ciclosporinum 50 mg x 50 kaps. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Ciclosporinum 100 mg/ml 50 ml płyn doustny. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 241**

**Wadium - 1.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cidofovir 375 mg/5 ml inj. x 1 fiolka. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 242**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Clemastinum 2 mg/2 ml inj. x 5 amp. | op | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 243**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Clopidogrel 75 mg x 28 tabl. Powl. | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 244**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Clopidogrel 300 mg x 30 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 245**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cholecalciferolum (vit. D3) dawka: 15000 jm/ml postać: krople doustne op./1,0 butelka 10 ml | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 246**

**Wadium - 1.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Czynnik VII a 50000j.m.= 1 mg inj.x 1 fiolka Możliwość realizacji fiolki 1 mg i fiolki 2 mg | fiolka | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Zestaw do podawania leku | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 247**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Dabigatran Etexilate dawka 110 mg postać kaps. Opakowanie 180 kaps. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Dabigatran Etexilate dawka 150 mg postać kaps. Opakowanie 180kaps. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 248**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dalteparinum natricum dawka: 2500 j.m./0,2 ml postać: inj. op./10,0 ampułkostrzykawek z igłą | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dalteparinum natricum dawka: 5000 j.m./0,2 ml postać: inj. op./10,0 ampułkostrzykawek z igłą | op | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dalteparinum natricum dawka: 7500 j.m./0,3 ml postać: inj. op./10,0 ampułkostrzykawek | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dalteparinum natricum dawka: 10000 j.m./0,4 ml postać: inj. op./5,0 ampułkostrzykawek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Dalteparinum natricum dawka: 12500 j.m./0,5 ml postać: inj op./5,0 ampułkostrzykawek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 249**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 8.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Darbepoetinum dawka: 500 mcg/1,0 ml posop./1,0 s-amp. 1,0 m | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Darbepoetinum dawka: 50 mcg/1,0 ml posop./1,0 s-amp. 1,0 m | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 250**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Deferoxaminum 500 mg inj. Iv. Proszek do przygotowania roztworu op. 10 fiolek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 251**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 1.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Deferasirox dawka 250 mg postać: tabl-zawiesina opakowanie 28 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Deferasirox dawka 500 mg postać: tabl-zawiesina opakowanie 28 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 252**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Delta-9-tetrahydrocannabinolum oraz Cannabidiolum 3 pojemniki 10 ml aerozol | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 253**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Desfluranum dawka: postać: płyn do anestezji wziewnej butelka 240 ml Wykonawca zapewni 6 szt. parowników kompatybilnych z oferowanym preparatem w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

**Wykonawca zobowiązuje się oddać Zamawiającemu w bezpłatne używanie 6 szt. parowników , o łacznej wartości bieżącej na dzień przekazania parowników ………………… zł. / proszę podać/**

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 254**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Desmopressinum 0,004 mg/1 ml x 10 ampułek 1 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 255**

**Wadium - 2.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dexamethasone dawka: 0,7 mg postać: Implant | szt | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 256**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dexamethasonum 4mg/ml inj (roztwór) x 10 amp 1 ml | op | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dexamethasonum 8mg/2 ml inj (roztwór) x 10 amp 2 ml | op | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 257**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dexamethasone Sodium Phosphate 0,1% 0,4 ml krople do oczu op 20 minimsów | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 258**

**Wadium - 70,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dexamethasonum dawka: 1 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 259**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Dexamethasonum dawka: 4 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Dexamethasonum dawka: 8 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Dexamethasonum dawka: 20 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 260**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

**Wadium - 2.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dexmedetomidine dawka: 0,2 mg/2 ml postać inj opakowanie 25 amp | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dexmedetomidine dawka: 0,4 mg/4 ml postać inj opakowanie 4 fiolki powłoka etfe | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dexmedetomidine dawka: 1 mg/ 10 ml postać inj opakowanie 4 fiolki powłoka etfe | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 261**

**Wadium - 210,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dexrazoxanum 500 mg inj. Iv (proszek do p. roztworu) x 1 fiolka | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 262**

**Wadium - 600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dobutaminum 250 mg inj. Iv. X 1 fiolka | op | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 263**

**Wadium - 80,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dopaminum 200 mg/5 ml inj. Iv. (roztwór) x 10 amp 5 ml | op | 220 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 264**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dornase Alfa dawka 0,0025g/2,5 ml=2500 j postać płyn opakowanie 30 amp. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 265**

**Wadium - 500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dwuzasadowy fosforan sodu – 0,032, jednozasadowy fosforan sodu – 0,009, chlorek wapnia- 0,052, chlorek sodu-0,569, chlorek benzalkoniowy-0,0125, woda destylowana q.s. (%wagowy) opakowanie 4 butelki po 225 ml = 900 ml LUB 60 fiolek a 15 ml = 900 ml | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 266**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawki**

**Wadium - 3.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Enoxaparinum natricum 20 mg/0,2 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 1 400 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Enoxaparinum natricum 40 mg/0,4 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Enoxaparinum natricum 60 mg/0,6 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Enoxaparinum natricum 80 mg/0,8 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Enoxaparinum natricum 100 mg/1 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Enoxaparinum natricum forte 120 mg/0,8 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 267**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Entecavir 0,5 mg tableteki opakowanie 30 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 268**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ephedrinum dawka: 25 mg/1 ml postać: inj. sc./im. (roztwór) op./10,0 amp. 1 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Epinephrinum dawka: 1 mg/1 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 1 ml | op | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 269**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Eplerenonum dawka: 25 mg postać tabl. Powlekane opakowanie 30 tabl. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Eplerenonum dawka: 50 mg postać tabl. Powlekane opakowanie 30 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 270**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Eptifibatidum dawka: 20 mg/10 ml postać: inj. x 1 fiolka | fiolka | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Eptifibatidum dawka: 75 mg/100 ml postać: inj. x 1x fiolka | fiolka | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 271**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Erythropoietinum 5 000 j.m./ml inj. Sc./iv (roztwór) x 6 fiolek 1 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 272**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Erythromycinum dawka: 300 mg postać: inj. iv. (liofilizat do p. roztworu) x 1 fiollka | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 273**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Esmolol 100 mg/10 ml x 5 amp | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Esmolol 2,5 g/10 ml x 1 fiol | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 274**

**Wadium - 650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Esomeprazolum 40 mg inj. X 50 fiolek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 275**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Esomeprazolum 20 mg x 28 kapsułek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Esomeprazolum 40 mg x 28 kapsułek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 276**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Everolimus 0,75 mg x 60 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 277**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ezetimibe 10 mg x 28 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 278**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fenoterolum + Ipratropii bromidum płyn do inhalacji butelka 20 ml | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 279**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fenoterolum + Ipratropii bromidum dawka: postać: aerozol wziewny op./1,0 poj. (200 dawek | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 280**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ferrum oxydatum saccharatum dawka: 20 mg Fe+++/ml postać: inj. iv. (roztwór) op./5,0 amp. 5 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 281**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ferric Oxide Polymaltose Complexes dawka 0,1g/2 ml postać inj. Opakowanie 1 fiolka. Jeden ml roztworu zawiera 50 mg żelaza w postaci karboksymaltozy żelazowej. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ferric Oxide Polymaltose Complexes dawka 0,5g/10 ml postać inj. Opakowanie 1 fiolka Jeden ml roztworu zawiera 50 mg żelaza w postaci karboksymaltozy żelazowej. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 282**

**Wadium - 650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fidaxomicin dawka: 200 mg postać: tabl.powl. opakowanie 20 tabl. blistry | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 283**

**DO MOBILIZACJI KOMÓREK ZDROWYCH OCHOTNIKÓW (UMOWA SZPITALNA)w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 1.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Filgrastim typu **Neupogen** 30 mln /0,5 ml x 1 a-strzyk | 1 ampułkostrzykawka | 1 700 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Filgrastim typu **Neupogen** 48 mln /0,5 ml x 1 a-strzyk. | 1 ampułkostrzykawka | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 284**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Filgrastim typu 30 mln x 1 a-strzyk. | 1 ampułkostrzykawka | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Filgrastim 48 mln x 1 a-strzyk. | 1 ampułkostrzykawka | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 285**

**Wadium - 160,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Flumazenilum dawka: 0,5 mg/5 ml postać: inj. x 5 amp. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 286**

**Wadium - 160,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fluoresceinum dawka: 500 mg/5 ml postać: inj. iv. lub miejscowo (roztwór) x 10 amp 5 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 287**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paski fluoresceinowe - opakowanie 300 szt | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 288**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 210,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Fondaparinux 2,5 mg/0,5 ml inj x 10 fiolek | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Fondaparinux 7,5 mg/0,6 ml inj x 10 fiolek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 289**

**Wadium - 80,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Formoterolum dawka: 0,12mg postać: proszek do inhalacji op./60,0 kaps | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Budesonidum dawka: 0,2 mg/dawkę postać: aerozol do inhalacji op./1,0 poj. 100 dawek | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Beclometasonum + Formoterolum aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę 180 dawek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 290**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Furosemidum 40 mg x 30 tabl. | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 291**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Glimepiridum dawka: 1mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Glimepiridum dawka: 2mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Glimepiridum dawka: 3mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Glimepiridum dawka: 4mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 292**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Glucosum dawka: 2000 mg/10 ml postać: inj. iv. (roztwór) x 50 amp 10 ml 20% | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 293**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Glyceryli trinitras 10mg/10ml inj.iv.(roztwór) x 10 amp. 10 ml lub 10 mg/5 ml x 50 ampułek | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 294**

**Wadium - 1.700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Heparinum 25000 j.m. /5 ml inj. Sc/iv. (roztwór) x 10 fiolek 5 ml | op | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 295**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Heparinum dawka: 5000j.m./0,2ml postać: inj. op./10,0 amp. 0,2 ml s.c. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 296**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Hepatitis B, purified antigen dawka: 0,02mg/1ml postać: inj. (zawiesina) op./1,0 fiol. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 297**

**Wadium - 860,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Hydrocortisonum 100 mg inj. X 5 fiolek | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 298**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Idarucyzumab 2,5g/50ml roztwór do wstrzykiwań do infuzji x 2 fiolki | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 299**

**Wadium - 450,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Immunoglobulina ludzka normalna do podania dożylnego. 1 ml roztworu zawiera: Immunoglobulina ludzka normalna 100 mg, z czego conajmniej 95% stanowi Ig G Rozkład podklas IgG: IgG1 około 60% IgG2 około 32 % IgG3 około 7% IgG4 około 1 % max zawartość IgA:400µg/ml IgM ≤0,3 mg Osmolarność: ≥ 240 mOsmol/kg Szybkość wlewu maksymalnie: 7,2 ml/kgm.c./h opakowanie: fiolka 10 % 5g/50 ml lub 10g/100 ml Octagam | g | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 300**

**Wadium - 90,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Influenza Vaccine dawka: 1 dawka/0,5 ml postać: inj. op./1,0 ampułkostrzykawka | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 301**

**Wadium - 90,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | Insulini injectio neutralis dawka: 100 j.m./ml postać: inj. Actrapid HM Penfil op./5,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Insulini injectio neutralis + Insulinum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (zawiesina) Mixtard 30 HM Penfil op./5,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Insulini injectio neutralis + Insulinum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (zawiesina) Mixtard 40 HM Penfil op./5,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Insulini injectio neutralis + Insulinum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (zawiesina) Mixtard 50 HM Penfil op./5,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Insulin Aspart dawka: 100 j.m./ml 3 ml postać: inj. NovoRapid Penfil op./10,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Insulini injectio neutralis, aspartum + Insulini zinci protaminati injectio, aspartum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (zawiesina) NovoMix 30 Penfil op./10,0 wkładów po 3 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Insulini injectio neutralis, aspartum + Insulini zinci protaminati injectio, aspartum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (zawiesina) NovoMix 50 Penfil op./10,0 wkładów po 3 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Insulinum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (zawiesina)Insulatard HM Penfil  op./10,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Insulin Detemir dawka 100 j.m./ml 3 ml x 10 wkładów Levemir | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Insulina Aspasrt 100 j/ ml 3 ml roztwór do wstrzykiwań x 1wstrzykiwacz Fiasp | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **11** | insulina degludec roztwór do wstrzykiwań; 100 j./ml; 5 wkładów 3 ml Tresiba | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 302**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Insulini lispro 300j.m./3 ml x 5 wkładów Humalog | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Insulina lispro z zawiesiną protaminową insuliny lispro Dawka:25%insuliny lispro 75% zawiesiny protaminowej insuliny Lispro 100 j.m./1 ml x 5 wkładów a 3 ml Humalog Mix 25 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Insulina lispro z zawiesiną protaminową insuliny lispro Dawka:50%insuliny lispro 50% zawiesiny protaminowej insuliny Lispro 100 j.m./1 ml x 5 wkładów a 3 ml Humalog Mix 50 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Insulini injectio neutralis + Insulinum isophanum w proporcji 30% I 70% 100j.m./ml 3 ml x 5 wkładów Humulin M3 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Insulinum isophanum 100 jm/ml 3 ml x 5 wkładów Humulin N | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Insulini injectio neutralis 100jm/ml 3 mlx 5 wkładów Humulin R | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Insulinum glargine , roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j/ml 10 wstrzykiwaczy po 3 ml Abasaglar | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 303**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Zawiesina insuliny izofanowej 100 j.m. /ml 3 ml x 5 wkładów Insuman Basal | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Dwufazowa Zawiesina insuliny izofanowej zawierająca 25% insuliny rozpuszczalnej i 75 % krystalicznej insuliny protamininowj 100 j.m. /ml 3 ml x 5 wkładów Insuman Comb | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Insulini injectio neutralis 100 j.m. /ml 3 ml x 5 wkładów Insuman Rapid | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Insulin Glargine 100j.m./ml 3 ml x 5 wkładów Lantus | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Insulin Glulisine 300 j./3 ml x 5 wstrzykiwaczy Apidra | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Insulinum glargine , roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml 10 wstrzykiwaczy po 1,5 ml Toujeo | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 304**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Insulini injectio neutralis dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (roztwór) Gensulin R op./10,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Insulini injectio neutralis dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (roztwór) Gensulin R op./1,0 fiolka 10 mll | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Insulini injectio neutralis + Insulinum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (roztwór) Gensulin M 30 op./10,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Insulinum isophanum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (roztwór) Gensulin N op./1 fiolka po 10 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Insulinum isophanum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (roztwór) Gensulin N op./10,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Insulini injectio neutralis + Insulinum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (roztwór) Gensulin M 40 op./10,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Insulini injectio neutralis + Insulinum isophanum dawka: 100 j.m./ml postać: inj. (roztwór) Gensulin M 50 op./10,0 wkładów do wstrzykiwacza po 3 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 305**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Isofluranum płyn do anestezji wziewnej 250 ml Wykonawca zapewni 11 parowników kompatybilnych z oferowanym preparatem w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

**Wykonawca zobowiązuje się oddać Zamawiającemu w bezpłatne używanie 11 szt. parowników , o łacznej wartości bieżącej na dzień przekazania parowników ………………… zł. / proszę podać/**

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 306**

**Wadium - 400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Kalii canrenoas dawka: 200 mg/10 ml postać: inj. (roztwór) x 10 amp. 10 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 307**

**Wadium - 400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | 15% Kalium chloratum dawka: 1,5g/10 ml postać: inj. x 20 ampułekl 10 ml ampułka bezigłowa | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 308**

**Wadium - 1.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Dalbawancynum 500 mg x 1 fiolka | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 309**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Kalium chloratum dawka: 0,6 g = 315mg K+postać: kaps. x 100 kaps. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 310**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ketoprofenum dawka: 100 mg postać: tabl. powl. x 30 tabl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ketoprofenum dawka: 50 mg postać: kaps. twarde x 30 kaps | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 311**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ketoprofenum dawka: 100 mg/2 ml postać: **inj. i.v.** (roztwór) 10 amp 2 ml | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 312**

**Wadium - 250,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Klej tkankowy Tisseel Lyo 10 ml 1 szt lub równoważny | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Klej tkankowy Tisseel Lyo 4 ml 1 szt lub równoważny | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 313**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Labetalolum 200 mg tabletki opakowanie 56 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 314**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lactobacillus helveticus, Lactobacillus rhamnosus Kapsułki x 60 szt rejestracja jako produkt leczniczy | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 315**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lamivudinum+Zidovudinum 150 mg+300 mg x 60 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 316**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lamivudinum dawka 100 mg postać: tabl. Powlekane, opakowanie 28 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 317**

**Wadium - 400,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lanreotidum dawka: 120 mg w dawce/0,5 ml postać: inj. op./1,0 ampułkostrzykawka | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Lanreotidum dawka: 30 mg postać: inj. sc./im. (liofilizowane mikrosfery) op./1,0 fiol. s.subst. + rozp. + zestaw do injekcji | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Lanreotide 60 mg/0,3 ml inj. X 1 ampułkostrzykawka | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 318**

**Wadium - 1.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Levosimendanum 12,5 mg/5 ml inj x 1 ampułka | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 319**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Lidocainum dawka: 10 mg/ml postać: inj. iv. lub dotkankowe (roztwór) op./10,0 amp. 2 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Lidocainum dawka: 20 mg/ml postać: inj. iv. lub dotkankowe (roztwór) op./10,0 amp. 2 ml | op | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 320**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lidocainum dawka: 20 mg/g postać: żel znieczulający op./1,0 tuba 30 g z kaniulą U | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 321**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lignocainum hydrochloricum jałowy żel znieczulający od 6 ml do 8,5 ml | strzykawka lub tuba | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 322**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lidocainum dawka: 1 % 20 ml postać: inj. iv. lub dotkankowe (roztwór) op./5,0 fiol. 20 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 323**

**Wadium - 400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lidocainum 2 % żel znieczulający A tuba 30 g | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 324**

**Wadium - 1.700,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Metamizolum dawka: 500 mg/ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 5 ml | op | 2 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Metamizolum dawka: 500 mg/ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 2 ml | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 325**

**Wadium - 710,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methylprednisolone 40 mg inj. X 1 fiolka + rozp. 1 ml | op | 2 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Methylprednisolonum dawka: 125 mg postać: inj. im./iv. (liofilizat) op./1,0 fiol. s.subst. +rozp. 2 ml | op | 1 400 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Methylprednisolone 250 mg inj. X 1 fiolka + rozp. 1 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Methylprednisolonum dawka: 500 mg postać: inj. im./iv. (liofilizat) op./1,0 fiol. s.subst. +rozp. 8 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Methylprednisolonum dawka: 1000 mg postać: inj. im./iv. (liofilizat op./1,0 fiol. s.subst. +rozp. 16 m | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 326**

**Wadium - 130,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methylprednisolonum 40 mg/ml inj. Dotkankowe (zawiesina) (depo-Medrol)x 1 amp. 1 ml | op | 1 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 327**

**Wadium - 13,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Metformin dawka: 0,5 g postać: tabl. op./30,0 tabl o przedłużonym uwalnianiu | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Metformin dawka: 0,75 g postać: tabl. op./30,0 tabl o przedłużonym uwalnianiu | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Metformin dawka: 1,0 g postać: tabl. op./30,0 tabl o przedłużonym uwalnianiu | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Metformin dawka: 0,5 g postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Metformin dawka: 0,85 g postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Metforminum dawka: 1 g postać: tabl. powl.x 30 tabl | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: ..................................................................................................................................................... …………………………………………..

Cena z VAT: ................................................................................................................................. Pieczątka i podpis wykonawcy Słownie:..........................................................................................................................................

**Pakiet nr 328**

**Wadium - 80,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Metoprololum dawka: 1 mg/ml postać: inj. (roztwór) x 5 amp. 5 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 329**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 4,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | Metoprololum dawka: 50 mg postać: tabl.  op./28,0 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Metoprololum dawka: 75 mg postać: tabl.  op./28,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Metoprololum dawka: 100 mg postać: tabl.  op./28,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 330**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 11,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | Metoprololum dawka: 100 mg postać: tabl. retard op./28,0 tabl. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Metoprololum dawka: 25 mg postać: tabl. retard op./28,0 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Metoprololum dawka: 50 mg postać: tabl. retard op./28,0 tabl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 331**

**Wadium - 1.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mesnum dawka: 100 mg/ml postać: inj. iv. (roztwór) op./15,0 amp. 4 ml | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 332**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 140,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Midazolamum dawka: 5 mg/ml postać: inj. (roztwór) 10 amp 1 ml | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Midazolamum dawka: 5 mg/ml postać: inj. (roztwór) 5 amp 3 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Midazolamum dawka: 5 mg/5 ml postać: inj. (roztwór) x 10 amp 5 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Midazolamum dawka: 5 mg/ml postać: inj. (roztwór) 5 amp 10 ml | op | 1 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 333**

**Wadium - 450,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Milrinone 10mg/10 ml x 10 amp.i.v. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 334**

**Wadium - 300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mivacurium Chloride 20 mg/10 ml x 5 amp. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 335**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mofetili mycophenolas 250 mg x 100 kaps. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Mofetili mycophenolas 500 mg x 50 kaps. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 336**

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

**Wadium - 4,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mofetili mycophenolas 1g/5 ml zawiesina (175 ml) | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 337**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Moxifloxacin dawka: 0,5% postać: krople do oczu op./1,0 5 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 338**

**Wadium - 900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mycophenolic Acid 500 mg inj. X 4 fiolki | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 339**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 120,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nadroparinum calcicum 2 850 j/0,3 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Nadroparinum calcicum 3 800 j/0,4 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Nadroparinum calcicum 5700j./0,6 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Nadroparinum calcicum 7600 j/0,8 ml x 10 ampułkostrzykawek | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 340**

**Wadium - 1.035,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrii chloridum 9 mg/ml inj roztwór x 50 poj 10 ml  plastik | op | 9 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 341**

**Wadium - 35,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrii chloridum 9 mg/ml inj roztwór x 50 poj 10 ml  szkło | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 342**

**Wadium - 13,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrii chloridum dawka: 100 mg/ml postać: inj. iv. (koncentrat) (10%) op./10,0 amp. 10 ml szkło | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 343**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Natrii chloridum dawka: 100 mg/ml postać: inj. iv. (koncentrat) (10%) op./100,0 amp. 10 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 344**

**Wadium - 240,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrii hydrophosphas + Natrii phosphas dawka: 150 ml postać: płyn do enemy op./1,0 fl. 150 ml | szt | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 345**

**Wadium - 160,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Neomycinum dawka: 0,5 % postać: maść do oczu op./1,0 tuba 3 g | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 346**

**Wadium - 190,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Netupitantum + Palonosetronum 300 + 0,5 mg tabl.x 1 tabletka | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 347**

**Wadium - 14,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nimodipinum 0,2 mg/ ml inj. iv. (roztwór) fiolki 50 ml | fiolka | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 348**

**Wadium - 280,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Octreotidum dawka: 0,1 mg/1 ml postać: inj. (roztwór)op./5,0 amp. 1 ml | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Octreotidum 10 mg LAR inj. Im.(mikrogranulki do p. zawiesiny) opakowanie: 1 fiolka+rozp. 2 ml+strzykawka | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Octreotidum LAR dawka: 30 mg postać: inj. op./1,0 fiol. + 2 amp. rozp. 2 ml + akcesoria | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 349**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 4,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Omeprazole 0,02g kaps x 28 kaps | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Omeprazole 0,04g kaps x 28 kaps | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 350**

**Wadium - 290,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ondansetronum dawka: 8mg/4 ml postać: inj. op./5,0 amp | op | 7 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 351**

**Wadium - 3.550,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ornithinum dawka: 5 g/10 ml postać: inj. iv. (koncentrat) op./10,0 amp. 10 ml | op | 1 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ornithinum dawka: 3g postać: granulat op./30,0 torebek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 352**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pancreatinum25 000 j dawka: - postać: kaps. op./20,0 kaps. Retard | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 353**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pancuronii bromidum 4mg/2ml inj płyn x 10 amp. 2 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 354**

**Wadium - 800,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pantoprazole dawka 40mg postać inj. Opakowanie 1 fiolka | fiolka | 22 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 355**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 90,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pantoprazole dawka 20 mg x 28 tabl. | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pantoprazole dawka 40 mg x 28 tabl. | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 356**

**Wadium - 230,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paracetamolum 1000 mg/100 ml inj x 10 opakowanie plastik 100 ml z dwoma bezpiecznymi szczelnymi portami | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 357**

**Wadium - 260,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | PCC typu Prothromplex 600 j  Czynnik II 480-900 j.m.. Czynnik VII 500 j.m. Czynnik IX 600 j.m. Czynnik X 600 j.m. | fiolka | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 358**

**Wadium - 1.090,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | PCC typu Octaplex 500 j.m. inj.x 1 fiolka + rozpuszczalnik Czynnik II 280-760 j.m. czynnik VII 180-480 j.m. czynnik IX 500 j.m. czynnik X 360-600 j.m. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 359**

**Wadium - 8.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pegfilgrastimum dawka: 6 mg/0,6 ml postać: inj. sc. (roztwór) op./1,0 s-amp. 0,6 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 360**

**Wadium - 140,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Peginterferon Alfa-2a dawka: 0,18 mg/0,5 ml postać: inj. op./1,0 ampułkostrzykawka + igła | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 361**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Phospholipidum essentiale - fosfolipidy z nasion sojowych zawierające (3-sn-fosfatydylo)cholinę 300 mg dawka: forte postać: kaps. op./50,0 kaps. | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 362**

**Wadium - 2.450,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Plerixafor 20mg/ml x 1,2 ml x 1 amp | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 363**

**Wadium - 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Polidocanolum 40 mg/2 ml inj (roztwór) x 5 amp. 2 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 364**

**Wadium - 80,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Povidone-iodine opakowanie 250 ml roztwór wodny | szt | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 365**

**w ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Prasugrelum dawka: 5 mg postać: tabl. powl. 28 tabl | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Prasugrelum dawka: 10 mg postać: tabl. powl. 28 tabl | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 366**

**Wadium - 10,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pregabalin 75 mg x 56 tabletek | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pregabalin 150 mg x 56 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 367**

**Wadium - 110,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Prilocaine 100mg/5 ml x 10 ampułek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 368**

**Wadium - 790,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Protaminum 50 mg/5 ml inj. x 1 fiolka | op | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 369**

**Wadium - 30,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ramiprilum dawka: 1,25 mg postać: kapsop./30,0 kaps. w blistrach | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ramiprilum dawka: 2,5 mg postać: kapsop./28,0 kaps. w blistrze | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ramiprilum dawka: 5 mg postać: kaps. op./28,0 kaps. w blistrach | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Ramiprilum dawka: 10 mg postać: kapsop./28,0 kaps. w blistrach | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 370**

**Wadium - 950,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ranibizumab 2,3 mg/0,23 ml inj. x 1 fiolka | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 371**

**Wadium - 75,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ranitidinum dawka: 50 mg/100 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./1,0 op. 100 ml | op | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 372**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 11,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ranolazyna 375 mg x 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ranolazyna 500 mg x 30 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ranolazyna 750 mg x 30 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 373**

**Wadium - 970,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Rasburicase 1,5 mg inj 3 fiolki + rozp. 1 ml | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 374**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Rifaximinum 200 mg x 28 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 375**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 130,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Rivaroxaban dawka 2,5 mg postać tabletki powlekane opakowanie 100 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Rivaroxaban dawka 15 mg postać tabletki powlekane opakowanie 100 tabletek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Rivaroxaban dawka 20 mg postać tabletki powlekane opakowanie 100 tabletek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 376**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lopinawir + Ritonavirum 200 mg + 50 mg x 120 tabletek | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 377**

**Wadium - 280,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Rocuronii bromidum dawka: 50 mg/5 ml postać: inj. iv. (roztwór) x 10 amp. 5 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 378**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 70,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ropivacainum dawka 50 mg/10 ml postać: inj. opakowanie 5 amp | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ropivacainum dawka 20 mg/10 ml postać: inj. opakowanie 5 amp | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ropivacainum dawka 100 mg/10 ml postać: inj. opakowanie 5 amp | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 379**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ropivacainum dawka 200 mg/100 ml postać: inj. opakowanie 5 worków | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 380**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | rosuvastatinum dawka: 5 mg postać: tabl. op./30,0 szt. | **op** | **15** |  |  |  |  |  |  |
| 2 | rosuvastatinum dawka: 10 mg postać: tabl. op./30,0 szt. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | rosuvastatinum dawka: 20 mg postać: tabl. op./30,0 szt. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | rosuvastatinum dawka: 40 mg postać: tabl. powl. X 30 tabl | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 381**

**Wadium - 1.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sevofluranum dawka: postać: płyn do anestezji wziewnej opakowanie 250 ml Wykonawca zapewni 15 parowników kompatybilnych z oferowanym preparatem w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. SYSTEM UZUPEŁNIANIA PAROWNIKA MUSI BYĆ BEZPOŚREDNI, BEZ DODATKOWYCH ELEMENTÓW ŁĄCZĄCYCH BUTELKĘ Z PAROWNIKIEM | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

**Wykonawca zobowiązuje się oddać Zamawiającemu w bezpłatne używanie 15 szt. parowników , o łacznej wartości bieżącej na dzień przekazania parowników ………………… zł. / proszę podać/**

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 382**

**Wadium - 20,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Sildenafil 100 mg tabl. Powl. X 4 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Sildenafil 50 mg tabl. Powl. X 4 tabl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 383**

**Wadium - 15,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Simvastatinum dawka: 20mg postać: - op./28,0 tabl | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Simvastatinum dawka: 40mg postać: draż. op./28,0 tabl | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 384**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sirolimusum 1mg/ml roztwór doustny x 1 butelka 60 ml + 30 dozowników | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 385**

**Wadium - 190,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Somatostatinum 3 mg x 1 fiol. s.subst. +rozp. 1 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 386**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sono Vue -sześciofluorek siarki w postaci mikropęcherzyków 8ul/,l inj. opakowanie 1 fiolka | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 387**

**Wadium - 210,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Stymulatory regeneracji typu Solcoseryl dawka: postać: inj. im./iv. (roztwórop./25,0 amp. 2 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 388**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Stymulatory regeneracji typu Solcoseryl dawka: 2 % postać: maść op./1,0 tuba 20 g | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Stymulatory regeneracji typu Solcoseryl dawka: 8,3 mg/g postać: żel do oczu op./1,0 tuba 5 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 389**

**Wadium - 1.050,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sugammadex 200 mg/2 ml x 10 fiolek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 390**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1.** | Sulfathiazolum dawka: 20 mg/g postać: krem op./1,0 tuba 40 g | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 391**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | krople oczne typu sztuczne łzy na bazie min 0,15% hialuronianu sodu, opakowanie 10 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 392**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tacrolimus 5 mg/ml inj. iv x 10 amp.1 ml typu Prograf | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 393**

**Wadium - 140,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tacrolimus 0,5 mg x 30 kaps. typu Prograf | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Tacrolimus 1 mg x 30 kaps. typu Prograf | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Tacrolimus 5 mg x 30 kaps. typu Prograf | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 394**

**Wadium -15,00 zł**

**Wskazanie przeszczep serca**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tacrolimusum dawka: 0,5 mg postać: kapsx 30 kaps. typu Advagraf | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Tacrolimus 1 mg x 30 kaps. Typu Advagraf | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Tacrolimusum dawka: 5 mg postać: kaps. x 30kaps typu Advagraf | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 395**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tamoxifen 20 mg x 30 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 396**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Haemophilus Vaccine 0,01 mg x 1 fiol. + amp. rozp. 0,5 ml | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Meningococcal Vaccine x 1 fiol. + rozp. amp. 1 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Pneumococcal Polysaccharide Vaccine 1 dawka/0,5 ml x 1 ampułkostrzykawka | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 397**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Tetanus immunoglobulinum dawka 250 j.m./1 ml postać inj. Im. (roztwór) opakowanie 1 fiolka | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Tetanus vaccinum 40j./0,5 x 1 ampułka | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 398**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Thiaminum (vit. B1) 100 mg inj x 100 amp. i.v. | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 399**

**Wadium - 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Thiopentalum dawka: 1000 mg postać: inj. iv. (proszek do p. roztworu) op./50,0 fiol. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 400**

**Wadium - 70,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Thrombinum dawka: 400 j.m. postać: roztwór do stosowania miejscowego op./5,0 amp. z liof. +5 amp. rozp. po 2 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 401**

**Wadium - 260,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ticagrelor dawka 90 mg postać tabl. Powlekane opakowanie 56 tabletek | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ticagrelor dawka 90 mg tabletki  ulegające rozpadowi w jamie ustnej opakowanie 56 tabletek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 402**

**Wadium - 200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Tocilizumab 400 mg/20 ml x 1 fiolka | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 403**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tocopherolum (vit. E) dawka: 300 mg/ml postać: krople doustne butelka 10 ml | szt | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 404**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tramadolum dawka: 50 mg postać: kaps. x 20 kaps | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Tramadolum dawka: 100 mg postać: tabl. x 30 tabl | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Tramadolum dawka: 150mg postać: tabl. retard x 30 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Tramadolum dawka: 200 mg postać: tabl. retard x 30 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Tramadolum dawka: 100mg/ml postać: krople doustne op./1,0 fl. 96 ml z dozownikiem | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 405**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Tramadolum dawka: 50 mg/ ml postać: inj. x 5 amp 1 ml | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Tramadolum dawka: 50 mg/ ml postać: inj. x 5 amp 2 ml | op | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 406**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Trazodone 75 mg x 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Trazodone 150 mg x 20 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 407**

**Wadium - 610,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tretinoinum 10 mg x 100 kaps. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 408**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tiotropium (w postaci bromku jednowodnego) 2,5µg + olodaterol (w postaci chlorowodorku) 2,5µg na dawkę , roztwór do inhalacji 60 dawek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 409**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Tuberculinum dawka: 2 T.U./dawkę 0,1 ml postać: inj. ic. (roztwór) op./10,0 fiol. 1,5 ml | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 410**

**Wadium - 170,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Urapidilum dawka: 5 mg/ml postać: inj. (roztwór) op./5,0 amp. 5 ml | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 411**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Vaccinum antituberculosum dawka: 0,5 mg (10 dawek) postać: inj. ic. (liofilizat) op./5,0 amp. z liof. +5 amp. rozp. po 1 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 412**

**Wadium - 260,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Valganciclovir 450 mg x 60 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 413**

**Wadium - 260,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Buprenorphinum dawka: 0,2 mg postać: tabl. podjęzykowe op./60,0 tabl. w fiolce | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Buprenorphinum dawka: 0,4 mg postać: tabl. podjęzykowe op./30,0 tabl. w fiolce | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Buprenorphinum dawka: 35 ug/h postać: plastry lecznicze x 5 plastrów | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Buprenorphinum dawka: 52,5 µg/h postać: plastry lecznicze x 5 szt | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Buprenorphine dawka: 0,04 g = 70 µg/1 h postać: System Transdermalny op./5,0 plastrów | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Fentanylum dawka: 12,5ug /1 h postać: System Transdermalny op./5,0 plastrów | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Fentanylum dawka: 25 µg/1 h postać: System Transdermalny op./5,0 plastrów | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Fentanylum dawka: 50 µg/1 h postać: System Transdermalny op./5,0 plastrów | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Fentanylum dawka:75 µg/1 h postać: System Transdermalny op./5,0 plastrów | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Fentanylum dawka: 100 µg/1 h postać: System Transdermalny op./5,0 plastrów | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 414**

**Wadium - 60,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Fentanylum tabletki dopoliczkowe 100 ug x 4 tabletki | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fentanylum tabletki dopoliczkowe 200 ug x 4 tabletki | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Fentanylum tabletki dopoliczkowe 400 ug x 4 tabletki | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 415**

**Wadium - 120,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Fentanyl, aerozol do nosa, roztwór, 0,05 mg/dawkę 1,8 ml - 10 dawek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fentanyl, aerozol do nosa, roztwór, 0,1 mg/dawkę 2,9 ml -20 dawek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Fentanyl, aerozol do nosa, roztwór, 0,2 mg/dawkę 5 ml -40 dawek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 416**

**Wadium - 450,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Fentanylum dawka: 0,05 mg/ml postać: inj. (roztwór) op./50,0 amp. 2 ml | op | 320 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fentanylum dawka: 0,05 mg/ml postać: inj. (roztwór) op./50,0 amp. 10 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 417**

**Wadium - 110,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | Ketaminum dawka: 10 mg/ml postać: inj. iv. (roztwór) op./5,0 fiol. 20 ml | **op** | **50** |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Ketaminum dawka: 50 mg/ml postać: inj. iv. (roztwór) op./5,0 fiol. 10 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 418**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Levofloxacinum dawka: 5mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 butelka 5 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 419**

**Wadium - 20,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Methadonum dawka: 100 mg/100 ml postać: syrop op./1,0 fl. 100 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Methadonum dawka: 100 mg/100 ml postać: syrop op./1,0 fl. 1000 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 420**

**Wadium - 350,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Morphinum dawka: 10 mg/1 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 1 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Morphinum dawka: 20 mg/1 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 1 ml | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 421**

**Wadium - 20,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Morphinum dawka: 10 mg postać: tabl. retard op./20,0 tabl. | op | 75 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Morphinum dawka: 30 mg postać: tabl. retard op./20,0 tabl. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Morphinum dawka: 60 mg postać: tabl. retard op./20,0 tabl. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Morphinum dawka: 100 mg postać: tabl. retard op./20,0 tabl. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Morphinum dawka 20 mg postać tabletki powlekane opakowanie 60 tabletek | op | 9 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 422**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Morphinum dawka: 1mg/1ml postać: inj. op./10,0 amp. 1 ml spinal | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Morphinum dawka: 2mg/2ml postać: inj. op./10,0 amp. 2 ml spinal | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 423**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Oxycodone dawka: 5 mg postać: tabl. 100 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Oxycodone dawka: 10 mg postać: tabl. 100 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Oxycodone dawka: 20 mg postać: tabl.100tabl | op | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Oxycodoni hydrochloricum 40 mg x 100 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Oxycodone dawka: 80 mg postać: tabl.100tabl | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawc

**Pakiet nr 424**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Oxycodone dawka: 10 mg/ ml postać:ampułki 1 ml x 5 ampułek | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Oxycodone dawka: 10 mg/ ml postać:ampułki 2 ml x 5 ampułek | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Oxycodone dawka: 50 mg/ ml postać:ampułki 2 ml x 5 ampułek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 425**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum 10 mg + 5 mg x 60 tabletek o przedłużonym uwalnianiu | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum 20 mg + 10 mg x 60 tabletek o przedłużonym uwalnianiu | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum 5 mg + 2,5 mg x60 tabletek o przedłużonym uwalnianiu | op | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 426**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Oxycodoni hydrochloricum 1 mg/ 1 ml 250 ml roztwór doustny | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 427**

**Wadium - 40,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Remifentanilum dawka: 1mg postać: inj. x 5 fiol. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Remifentanilum dawka: 2 mg postać: inj. x 5 fiol. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Remifentanilum dawka: 5 mg postać: inj. x 5 fiol. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 428**

**Wadium - 170,00 zł**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zamiany dawek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Sufentanyl 50µg/10 ml ampułki 10 ml opakowanie 5 ampułek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Sufentanyl 250µg/5 ml ampułki 5 ml opakowanie 5 ampułek | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 429**

**Wadium - 2.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Kontrast niejonowy 300 mg jodu/ml 200 ml x 1 Realizacja a 100 ml; 200 ml | fiolki | 2 700 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kontrast niejonowy 300 mg jodu/ml 500 ml | fiolki | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 430**

**Wadium - 18.220,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Iomeprolum 400 mg jodu/ml 200 ml x 1 Realizacja a 100 ml; 200 ml i 500 ml | fiolka | 11 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Gadobenic Acid 10,58g/20 ml inj x 1 fiolka **Możliwość realizacji fiolki a 10 ml i 15 ml** | fiolka | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

……………………………………………

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 431**

**Wadium - 10.050,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Iopromidum 370 mg jodu/ml 200 ml x 1.  Realizacja a 100 ml; 200 ml i 500 ml | fiolka | 4 800 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Gadobutrol 9,0708g/15ml= 15mmol inj x 1 fiolka **Możliwość realizacji fiolki a 7,5 ml** | fiolka | 2 600 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: ..................................................................................................................................................... ……………………………………….

Cena z VAT: ................................................................................................................................. Pieczątka i podpis wykonawcy

Słownie: ..........................................................................................................................................

**Pakiet nr 432**

**Wadium - 11.650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Iohexolum 350 mg jodu/ml 200 ml x 1.  Realizacja a 100 ml; 200 ml i 500 ml | fiolka | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Iodixanolum 320 mg jodu/ml 100 ml x 1 Realizacja a 100 ml; 200 ml | fiolka | 5 300 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Gadodiamide 5,74g/20 ml inj x 1 fiolka | fiolka | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 433**

**Wadium - 6.200,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Joversolum 350 mg jodu /ml 200 ml x 1. Realizacja a 100 ml; 200 ml 500 ml | fiolka | 3 250 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Gadoteric Acid 10 mmol/20 ml inj x 1 fiolka | fiolka | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 434**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrii amidotrizoas dawka: 370 mg jodu/ml postać: roztwór kontrastowy dojelitowy op./10,0 fl. 100 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 435**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 7.400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | Acenocoumarol dawka: 0,001 g postać: tabl.  opakowanie: op/60,0 tabl | op | 25 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Acenocoumarol dawka: 0,004 g postać: tabl. opakowanie: op/60, ° tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Atropinum 0,5mg/1ml inj.(roztwór) x 10 amp. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Atropinum 1mg/1ml inj. (roztwór) x 10 amp. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Bupivacainum 5mg/ml inj. dotkankowe x 10 amp. 10 ml | op | 450 |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Bupivacainum dawka: 5 mg/ml postać: inj. dotkankowe (roztwór) op./5,0 fiol. 4 mltypu spinal | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Calcii chloridum 670mg/10 ml inj. iv x 10 amp. 10 ml | op | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Furosemidum dawka: 20 mg/2 ml postać: inj. (roztwór) op./50,0 amp. 2 ml | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **9** | 15% Kalium chloratum dawka: 2 mEq K+/ml postać: inj. x 10 fiol 20 ml fiolka | op | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Magnesii sulfas dawka: 2000 g/10 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 10 ml | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Metoclopramidum 10 mg/2 ml inj. roztwór x 5 amp 2 ml | op | 2 700 |  |  |  |  |  |  |
| **12** | Natrii bicarbonas 84 mg/ml inj iv. Roztwór x 10 amp. 20 ml | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Norepinephrinum 1 mg/ml inj. iv roztwór x 10 amp. 1 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Norepinephrinum 1 mg/ml inj. iv roztwór x 5 amp. 4 ml | op | 2 200 |  |  |  |  |  |  |
| **15** | Piracetamum dawka: 12000 mg/60 ml postać: inj. iv. (roztwór) x 1 | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Rivaroxaban dawka 15 mg postać tabletki powlekane opakowanie 100 tabletek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Rivaroxaban dawka 20 mg postać tabletki powlekane opakowanie 100 tabletek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **18** | Sulfamethoxazolum+Trimethoprimum 480 mg/5 ml inj. iv. Roztwór x 10 amp. 5 ml | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 436**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 3.300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Amikacinum 500 mg/100ml inj. iv(roztwór) x 10 butelek typu Ecoflac z dwoma bezpiecznymi portami | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Amikacinum 1000 mg/100ml inj. iv(roztwór) x 10 butelek typu Ecoflac z dwoma bezpiecznymi portami | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Gentamicinum dawka: 80 mg/80 ml x 10 flakonów i.v. bezpieczne opakowanie z dwoma szczelnymi portami | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Gentamicinum dawka: 240 mg/80 ml x 10 flakonów i.v. bezpieczne opakowanie z dwoma szczelnymi portami | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Tobramycinum dawka: 240 mg/80ml postać: inj. iv. (roztwór) x 1op. 80 ml | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Lidocainum 2% 20 ml inj. iv. Dotkankowo roztwór 20 ml x 20 amp. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Propofol 2% Mct/Lct dawka: 1 g/50 ml postać: inj x 1 fiolka | fiolka | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Propofol 1% Mct/Lct dawka: 200 mg/20 ml postać: inj x 5 fiolek | op | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Paracetamolum 1000 mg/100 ml inj x 1 opakowanie plastik 100 ml z dwoma bezpiecznymi szczelnymi portami | szt | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 437**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | Acetazolamidum dawka: 250 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Acidum acetylsalicylicum dawka: 300 mg postać: tabl. rozp. op./20,0 tabl. (2x10) | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Amikacinum dawka: 3 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 fl. 5 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Amiloridum + Hydrochlorothiazidum dawka: postać: tablop./50,0 tabl. w fiolce | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Amiodarone dawka: 200 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 240 |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Atropinum dawka: 10 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 poj. 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Baclofenum dawka: 10 mg postać: tabl. op./50,0 tabl. | op | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Baclofenum dawka: 25 mg postać: tabl. op./50,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Cinnarizinum dawka: 25 mg postać: tabl. x 50 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Ciprofloxacin dawka: 0,5 mg/0,25 ml postać: krople do uszu x 15 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Clemastinum dawka: 1 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **12** | Digoxinum dawka: 0,1 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Digoxinum dawka: 0,25 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Digoxinum dawka: 0,5 mg/2 ml postać: inj. op./5,0 amp. 2 ml | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **15** | Diphenhydraminum + Naphazolinum dawka: - postać: krople do oczu op./2,0 butelki 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **16** | Fludrocortisonum + Gramicidinum + Netilmicinum dawka: postać: zawiesina do oczu i uszu  op./1,0 fl. 5 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **17** | Fosfomycin granulat 3 gramowy x 1 saszetka | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **18** | Loperamidum dawka: 2 mg postać: tabl op./30,0 tabl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **19** | Metamizolum dawka: 500 mg postać: tabl. x 20 tabl | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **20** | Metoclopramidum dawka: 10 mg postać: tabl.op./50,0 tabl. w blistrach | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **21** | Metronidazolum dawka: 250 mg postać: tabl. op./20,0 tabl | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **22** | Metronidazolum dawka: 500 mg postać: tabl. dopochwowe op./10,0 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **23** | Molsidominum dawka: 2 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. w blistrach (1x30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **24** | Molsidominum dawka: 4 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. w blistrach (1x30 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **25** | Molsidominum dawka: 8 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. w blistrach (1x30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **26** | Naloxonum dawka: 0,4 mg/1 ml postać: inj. (roztwórop./10,0 amp. 1 ml | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **27** | Pentoxifyllinum dawka: 400 mg postać: tabl. retard op./60,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **28** | Phenytoinum dawka: 100 mg postać: tabl. op./60,0 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **29** | Phytomenadionum (vit. K1) dawka: 10 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. w blistrach | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **30** | Phytomenadionum (vit. K1) dawka: 10 mg/1 ml postać: inj. (roztwórop./10,0 amp. 1 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **31** | Pilocarpinum dawka: 20 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 zestaw: 2 butelki po 5 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **32** | Propafenonum dawka: 150 mg postać: tabl. powlop./20,0 tabl. w blistrach | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **33** | Propranololum dawka: 10 mg postać: tabl. op./50,0 tabl | op | 35 |  |  |  |  |  |  |
| **34** | Propranololum dawka: 40 mg postać: tabl op./50,0 tabl | op | 35 |  |  |  |  |  |  |
| **35** | Propranololum dawka: 1 mg/1 ml postać:ampułki op./10,0 ampułki | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **36** | Pyrazinamidum 500 mg x 250 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **37** | Pyridoxinum 25 mg/ml ampułki 2 ml x 5 ampułek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **38** | Ranitidinum dawka: 150 mg postać: tabl. powlop./60,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **39** | Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum dawka: 480 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **40** | Sulfathiazolum + Naphazolinum dawka: + postać: krople do nosa op./1,0 20 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **41** | Timolol dawka: 0,5% postać: krople do oczu op./1,0 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **42** | Tropicamidum dawka: 0,5% postać: krople do oczu op./1,0 zestaw: 2 butelki po 5 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **43** | Tropicamidum dawka: 10 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 zestaw: 2 butelki po 5 ml 1% | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **44** | Verapamilum dawka: 40 mg postać: tabl. powl. op./20,0 tabl | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **45** | Verapamilum dawka: 80 mg postać: tabl. powl. op./20,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **46** | Verapamilum dawka: 120 mg postać: tabl. powl op./20,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **47** | Verapamilum dawka: 120 mg postać: tabl. prolong. op./40,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **48** | Verapamilum dawka: 240 mg postać: tabl. prolong. op./40,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **49** | Xylometazolinum dawka: 0,1 % postać: krople do nosa op./1,0 fl. 10 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 438**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Perindoprilum+Amlodipinum dawka: 5 mg+ 5 mg- postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Perindoprilum+Amlodipinum dawka:5 mg + 10 mg - postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Perindoprilum+Amlodipinum dawka:10 mg + 5 mg - postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Perindoprilum+Amlodipinum dawka:10 mg+ 10 mg - postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Perindopril 10 mg +Indapamide 2,5 mg + Amlodipine10 mg x 90 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Perindopril 10 mg +Indapamide 2,5 mg + Amlodipine5 mg x 90 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Perindopril 5 mg +Indapamide 1,5 mg + Amlodipine10 mg x 90 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Perindopril 5 mg +Indapamide 1,25 mg + Amlodipine5 mg x 90 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Perindoprilum dawka: 5 mg postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Perindoprilum dawka: 10 mg postać: tabl op./90,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Tianeptinum dawka: 12,5 mg postać: tabl. powl. op./90,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Gliclazidum dawka: 60 mg postać: tabl. retard op./60,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Indapamidum 1,5 mg+ Amlodipinum 10 mg x 90 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Indapamidum 1,5 mg+ Amlodipinum 5 mg x 90 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Indapamidum 2,5 mg+ Amlodipinum 10 mg x 90 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Indapamidum + Perindoprilum dawka: 0,625 mg/ 2,5 mg postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Indapamidum + Perindoprilum dawka: 1,25 mg/ 5 mg postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Indapamidum + Perindoprilum dawka: 2,5 mg/10mg postać: tabl. op./90,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Iwabradyna dawka: 5 mg postać: tabl. op./112,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Indapamidum dawka: 1,5 mg postać: tabl. powl. Retard op./90,0 tabl. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Trimetazidinum dawka: 35 mg postać: tabl. powl. Retard op./90,0 tabl. | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 439**

**Wadium - 300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Enalaprilum dawka: 5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Enalaprilum dawka: 10 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Enalaprilum dawka: 20 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Dexketoprofen 50 mg / 2 ml x 5 ampułek | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Diclofenacum dawka: 50 mg postać: tabletki op./50,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Diclofenacum dawka: 100 mg postać: tabl. powl. retard op./50,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Nebivololum dawka: 5 mg postać: tabl. op./28,0 tabl | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Nebivololum + hydrochlorotiazid 5 mg + 12,5 mg tabletki opakowanie 28 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Nebivololum + hydrochlorotiazid 5 mg + 25 mg tabletki opakowanie 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Lercanidipine 10 mg x 28 tabletek | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Lercanidipine dawka : 20 mg postać: tabl. opakowanie 28 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Levothyroxinum natrium dawka: 0,05 mg postać: tabl. op./50,0 tabl. | op | 270 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Levothyroxinum natriu dawka: 0,1 mg postać: tabl. op./50,0 tabl. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Simethiconum dawka: 40 mg postać: kaps. op./100,0 kaps. w blistrach | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Simethiconum dawka:40 mg/1 ml postać: krople 30 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Torasemidum dawka: 2,5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Torasemidum dawka: 5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Torasemidum dawka: 10 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Torasemidum dawka: 20 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Torasemidum 200mg x 20 tabletek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Zofenopril 7,5 mg tabl. powl. op. /28 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Zofenopril 30 mg tabl. powl. op. /28 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 440**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Torasemidum 20mg/4 ml x 5 ampułek | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 441**

**Wadium - 270,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Torasemidum 200mg/20 ml x 5 ampułek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 442**

**Wadium - 330,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Alprazolamum dawka: 0,25mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Alprazolamum dawka: 0,5mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Amlodipinum (bezylan lub maleinian) dawka: 10 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Amlodipinum (bezylan lub maleinian) dawka: 5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Amoxicillinum dawka: 500 mg postać: kaps op./16,0 kaps | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Azithromycinum dawka: 500 mg postać: tabl. powl. X 3 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Bisoprolol dawka: 2,5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Bisoprololum dawka: 5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Bisoprololum dawka: 10 mg postać: tabl. powl. X 30 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Bisoprolol+Amlodypina dawka: 5 mg + 5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Bisoprolol+Amlodypina dawka: 10mg + 5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Candesartanum dawka: 8 mg postać: tabl. op./28,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Candesartanum dawka: 16 mg postać: tabl. x 28 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Cetirizine dawka: 0,01 g postać: tabl. powl. X 20 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Ciprofloxacinum dawka: 500 mg postać: tabl. op./10,0 tabl. | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Clarithromycinum dawka: 500 mg postać: tabl. op./14,0 tabl | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Escitalopram dawka: 5 mg postać: tabl. op./28,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Escitalopramum dawka: 10 mg postać: tabl. x 28 tabl | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Escitalopram dawka: 5 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnejop./28,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Escitalopram dawka: 10 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnejop./28,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Famotidinum dawka: 40 mg postać: tabl. powl. op./20,0 tabl | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Finasteridum 5 mg x 30 tabletek | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Gentamicinum dawka: 80 mg/2 ml postać: inj. im./iv. (roztwór) op./10,0 amp. 2 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Hydrochlorothiazidum + Valsartanum dawka: 12,5mg +80 mg postać: tabl. powl. op./56,0 tabl. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Hydrochlorothiazidum + Valsartanum dawka: 12,5mg +160 mg postać: tabl. powl. op./56,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Hydrochlorothiazidum + Valsartanum dawka: 25mg +160 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Levofloxacinum dawka: 250 mg postać: tabl. powl. X 10 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Levofloxacinum dawka: 500 mg postać: tabl. powl. X 10 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Losartanum dawka 50 mg postać tabletki powlekane opakowanie 28 tabletek | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Losartanum kalicum+hydrochlorothiazidum dawka: 50 mg/12,5 mg postać: tabl. powl op./28,0 tabl. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Pyridostigmine Bromide 60 mg x 150 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Mirtazapine dawka: 15 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnej. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Mirtazapine dawka: 30 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnej. op./30,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Mirtazapine dawka: 30 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Mirtazapine dawka: 45 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnej. op./30,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Norfloxacin dawka: 0,4 g postać: tabl. powl. op./20,0 tabl. blistry | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Olanzapine dawka: 5 mg postać: tabl. powl op./28,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Olanzapine dawka: 10 mg postać: tabl. powl op./28,0 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Olanzapine dawka: 5 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnej op./28,0 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Olanzapine dawka: 10 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnej op./28,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Paracetamol + Tramadol 325 mg + 37,5 mg x 30 tabletek | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Paracetamol + Tramadol 650 mg + 75 mg x 90 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Quetiapinum dawka: 25 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Quetiapinum dawka: 100mg postać: tabl. powl. op./60,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Sertraline dawka: 50 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Sertraline dawka: 100 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Sulfasalazinum N dawka: 500 mg postać: tabl. powl. op./50,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Tamsulosinum dawka 0,4 mg postać kaps. Retard opakowanie 30 kaps | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Telmisartanum dawka: 40 mg postać: tabl. op./28,0 tabl | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Telmisartanum dawka: 80 mg postać: tabl. op./28,0 tabl | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum dawka: 80 mg + 12,5 mg postać: tabl. op./84,0 tabl | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum dawka: 80 mg + 25 mg postać: tabl. op./84,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Thiethylperazinum dawka: 6,5 mg postać: czopki op./6,0 szt | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Thiethylperazinum dawka: 6,5 mg postać: tabl. powl. op./50,0 tabl | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Valsartan dawka: 80 mg postać: tabl op./28,0 tabl | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Valsartan dawka: 160 mg postać: tabl. op./28,0 tabl | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | Risperidonum dawka: 1 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnej op./20,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Risperidonum dawka: 2 mg postać: tabl. Ulegające rozpadowi w jamie ustnej op./20,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 59 | Rivastigmine 1,5 mg x 28 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 60 | Venlafaxine dawka: 0,0375 g postać: kaps. op./28,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 61 | Venlafaxine dawka: 0,075 g postać: tabl. op./28,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 443**

**Wadium - 650,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acid Tioctic 600 mg x 30 kapsułek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Acetylcysteinum dawka: 200 mg postać: tabl. musujące op./20,0 tabl | op | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Acetylcysteinum dawka: 600 mg postać: tabl. musujące op./10,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Acidum ascorbicum (vit. C) + Ferrosi gluconas dawka: postać: draż. op./50,0 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Acidum boricum + Allantoinum + Zinci oxydum dawka: postać: puder leczniczy op./1,0 poj. 100 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Acidum folicum dawka: 5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Acidum folicum dawka: 15 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Alfacalcidolum dawka: 0,25 mcg postać: kaps. op./100,0 kaps. w blistrach | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Alfacalcidolum dawka: 1 mcg postać: kaps. op./100,0 kaps. w blistrach | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Aluminii acetas dawka: 1000 mg postać: tabl. op./6,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Aluminii hydroxydum dawka: 500 mg postać: tabl. do ssania op./30,0 tabl. w blistrach z folii | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Ambroxolum dawka: 15 mg/2 ml postać: inj. im./iv./sc. (roztwór) op./5,0 amp. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Amlodypina + Telmisartan (5 mg +40) mg x 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Amlodypina + Telmisartan (10 mg +40 mg) x 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Amlodypina + Telmisartan (5 mg +80 mg) x 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Amlodypina + Telmisartan (10 mg +80 mg) x 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Amlodypina 10 mg x 30 tabletek rozpadające się w jamie ustnej | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Amlodypina 5 mg x 30 tabletek rozpadające się w jamie ustnej | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Anastrozolum dawka: 1 mg postać: tabl. powl.x 28 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Atenololum dawka: 50 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Azithromycinum dawka: 250 mg postać: tabl. powl. X 6 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Betamethasonum + Gentamicinum dawka: postać: maść op./1,0 tuba 15 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Betamethasonum + Acidum salicilicum dawka: postać: maść op./1,0 tuba 40 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Betamethasonum dawka: 4 mg/1 ml postać: inj. (roztwór) op./1,0 amp. 1 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Betaxololum dawka: 2,5 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 fl. 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Bisacodylum dawka: 10 mg postać: czopki op./5,0 szt. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Bisacodylum dawka: 5 mg postać: tabl. powl. op./40,0 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Bisoprolol+Acidum acetylsalicylicum dawka: 5 mg + 75 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Bisoprolol+Acidum acetylsalicylicum dawka: 10 mg + 75 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Brimonidinum 0,2%dawka: - postać: krople do oczu op./1,0 5 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Brimonidinum + Timololum 2+ 5 mg/ ml butelka 5 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Brinzolamidum dawka: 10 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 butelka 5 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Bromocriptinum dawka: 2,5 mg postać: tabl. x 30 tabl. | op | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Budesonidum dawka: 0,05 mg/dawkę postać: aerozol do nosa op./1,0 poj. 10 ml (200 dawek) | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Budesonidum dawka: 0,4 mg postać: proszek do inhalacji w kaps. x 60 kaps + inhalator | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Calcii dobesilas dawka: 250 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Celiprololum 100 mg x 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Calcium Carbonate 1000 mg kapsułki x 30 kapsułek | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Captoprilum dawka: 12,5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Captoprilum dawka: 25 mg postać: tabl. op./40,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Carbo medicinalis dawka: 300 mg postać: tabl. op./20,0 tabl | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Cetirizine dawka: 10 mg/ml postać: krople doustne | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Cholecalciferol 1000 j.m. = 0,025 mg x 30 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Ciclesonidum dawka: 160 postać: aerozol wziewny op./1,0 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Clindamycinum dawka: 150 mg postać: kaps. op./16,0 kaps | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Clindamycinum dawka: 300 mg postać: kaps. op./16,0 kaps | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Cloxacillinum 500 mg x 16 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Clotrimazolum dawka: 10 mg/g postać: krem op./1,0 tuba 20 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Clotrimazolum dawka: 100 mg postać: tabl. dopochwowe op./6,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Colchicinum dawka: 0,5 mg postać: draż. op./20,0 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Dikalii clorazepas dawka: 5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Dikalii clorazepas dawka: 10 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Diosmectitum dawka 3,76 g postać: proszek do p. roztworu doustnego opakowanie 30 saszetek 3,76 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Ethylis chloridum dawka: postać: aerozol na skórę op./1,0 poj. 70 g | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Fenoterolum dawka: 0,1 mg/dawkę postać: aerozol wziewny op./1,0 poj. 10 ml (200 dawek) | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Ferrosi sulfas + acidum askorbicum 100 mg Fe II + 60 mg x 50 tabletek | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | Flutamidum 250 x 30 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Hyaluronic Acid 0,15 % krople do oczu 10 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 59. | Hydrocortisonum + Oxytetracyclinum + Polymyxinum B dawka: postać: krople do oczu i uszu op./1,0 fl. 5 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 60. | Ganciclovirum 0,15% żel do oczu 5 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 61. | Ipratropii bromidum dawka: 0,02 mg/dawkę postać: aerozol wziewny op./1,0 poj. 10 ml (200 dawek) | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 62. | Ipratropii bromidum dawka: 0,25 mg/ml postać: roztwór do inhalacji op./1,0 fl. 20 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 63. | Itopiride 50 mg x 40 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 64. | Kalii hydrogenaspartas + Magnesii hydroaspartas forte dawka: - postać: tabl. op./50,0 tabl. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 65. | Mleczan magnezu 48 mg - 51mg + vitamina B 6 5 mg x 50 tabletek rejestracja produkt leczniczy | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 66. | Lisynopril + Amlodypina 10 mg + 5 mg postać tabletki opakowanie 30 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 67. | Mesalazine 500 mg x100 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 68. | Mesalazine 500 mg x30 czopków | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 69. | Mesalazine 1000 mg x30 czopków | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 70. | Metoprololum dawka: 50 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 71. | Miconazole dawka:2% postać krem opakowanie 15 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 72. | Mupirocin dawka: 2% postać: maść do nosa op./1,0 3 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 73. | Mupirocin dawka: 20mg/g postać: maść op./1,0 15 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 74. | Ondansetronum dawka: 16 mg postać: czopki x 2 sztuki | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 75. | Permethrin 5% krem 30g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 76. | Phenylbutazonum dawka: 250 mg postać: czopki op./5,0 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 77. | Phenylbutazonum dawka: 50 mg/g postać: maść  op./1,0 tuba 30 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 78. | Povidone-Iodine dawka: 0,2 g postać: globulki dopochwowe op./14,0 globulek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 79. | Povidone-Iodine dawka: 10% postać: maśćop./1,0 20 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 80. | Proxymetacainum dawka: 5 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 fl. 15 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 81. | Quinaprilum dawka: 5 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 82. | Quinaprilum dawka: 10 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 83. | Quinaprilum dawka: 20 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 84. | Roślinne preparaty złożone typu Alax dawka: postać: draż. op./20,0 draż. w blistrach (2x10) | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 85. | Sotalolum dawka: 40 mg postać: tabl. op./60,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 86. | Sotalolum dawka: 80 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 87. | Suxamethonium dawka: 200 mg postać: inj. (liofilizat) op./10,0 fiol. s.subst. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 88. | Sylimarol 70 mg x 30 drażetek | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 444**

**Wadium - 110,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ampicillinum dawka: 2000 mg postać: inj. im./iv. (proszek do p. roztworu) op./1,0 fiol. s.subst. | fiolka | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 445**

**Wadium - 700,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Aciclovirum dawka: 30 mg/g postać: maść do oczu op./1,0 tuba 4,5 g | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Aciclovirum dawka: 5% postać: krem op./1,0 tuba 2 g | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Acidum polyacrylicum dawka: 2mg/1g postać: żel do oczu opakowanie 10 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Amlodypinum+Valsartanum dawka: 5 mg/80 mg postać: tabl. powl. op./14,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Amlodypinum+Valsartanum dawka: 5 mg/160 mg postać: tabl. powl. op./14,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Amlodypinum+Valsartanum dawka: 10 mg/160 mg postać: tabl. powl. op./14,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Amlodypinum+Valsartanum + Hydrochlorothiazidum dawka: 10 mg/160 mg + 25 mg postać: tabl. powl. op./14,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Betamethasonum dawka: 7 mg/1 ml postać: inj. (zawiesina) op./5,0 amp. 1 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Biperidenum 5 mg/1 ml x 5 ampułek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Bromhexinum dawka: 8 mg postać: tabl. op./40,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Bromhexinum dawka: 4 mg/5 ml postać:syrop 120 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Butylobromku hioscyny 10 mg x 20 tabletek | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Cisapridum dawka: 5 mg postać: tabl. Opakowanie 30 tabl. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Cisapridum dawka: 10 mg postać: tabl. Opakowanie 30 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Clobetasol dawka: 0,05% postać krem opakowanie 30 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Danazolum dawka: 200 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Dexamethasonum + Neomycinum dawka: postać: aerozol na skórę op./1,0 poj. 30 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Dexamethasonum dawka: 1 mg/ml postać: zawiesina do oczu op./1,0 butelka 5 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Dexpanthenolum dawka: 50 mg/g postać: żel do oczu op./1,0 tuba 5 g | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Dexpanthenolum + Dextromethorphanum 7,5 mg/5 ml opakowanie 100 ml syrop | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Diclofenac dawka: 0,1% postać: krople do oczu op./1,0 5 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Diclofenacum dawka: 100 mg postać: czopki op./5,0 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Diltiazem dawka: 60 mg postać: tabl. op./60,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Diltiazemum dawka: 120 mg postać: tabl. retard op./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Dimetindenum dawka: 1 mg/g postać: żel na skórę  op./1,0 tuba 30 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Dimeticonum 50 mg kapsułki x 100 kapsułek | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Dorzolamidum + Timololum dawka: postać: krople do oczu op./1,0 butelka 5 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Doxazosin dawka: 1 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Doxazosin dawka: 2 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Doxazosin dawka: 4 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Doxazosin dawka: 4 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. Retard | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Doxazosin dawka: 8 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. Retard | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Doxycyclinum dawka: 0,02g/ml postać: inj. op./10,0 fiol. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Doxycyclinum dawka: 100 mg postać: tabl. op./10,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Dydrogesteronum 10 mg x 20 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Etamsylatum dawka: 250 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Etamsylatum dawka: 250 mg/2 ml postać: inj. (roztwór) op./50,0 amp. 2 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Ethambutolum dawka: 250 mg postać: kaps. x 250 kaps. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Etomidatum dawka: 20 mg/10 ml postać: inj. iv. (emulsja) op./10,0 amp. 10 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Faex dawka: 250 mg postać: kaps. X 50 kaps | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Fenofibrate NT dawka: 145 mg postać: tabl. powl op./30,0 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Fenofibrate Supra dawka: 160 mg postać: tabl. powlop./30,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Fenofibrate dawka: 200 M postać: kaps. op./30,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Fenofibrate Supra dawka: 215 mg postać: tabl. powlop./30,0 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Fenofibrate dawka: 267 M postać: kaps. op./30,0 kaps. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Fluocinoloni acetonidum dawka: 0,25 mg/g postać: maść op./1,0 tuba 15 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Furaginum dawka: 50 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Fusidic Acid dawka: 2% postać: krem tuba 15 g | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Gentamicinum dawka: 3 mg/g postać: maść do oczu op./1,0 tuba 3 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Gentamicinum dawka: 3 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 fl. 5 ml | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Glipizidum dawka: 5 mg postać: tabl. powl. Retard op./30,0 tabl | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Glycerolum dawka: 2000 mg postać: czopki op./10,0 szt. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Isosorbidi mononitras dawka: 10 mg postać: tabl. op./60,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Isosorbidi mononitras dawka: 20 mg postać: tabl. op./50,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Isosorbidi mononitras dawka: 40 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Isosorbidi mononitras dawka: 50 mg postać: kaps. retard op./30,0 kaps. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | Isosorbidi mononitras dawka: 75 mg postać: kaps. retard op./28,0 kaps. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Isosorbidi mononitras dawka: 100 mg postać: kaps. retard op./30,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 59 | Lidocainum + Prilocainum dawka: postać: krem znieczulający op./1,0 tuba 5 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 60 | Letrozole 2,5 mg tabletki opakowanie 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 61 | Loratadine dawka: 0,01 g postać: tabl. op./60,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 62 | Mebeverinum dawka: 135 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 63 | Mebeverinum dawka: 200 mg postać: kaps. retard op./60,0 kaps. | op | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 64 | Methyldopum dawka: 250 mg postać: tabl. op./50,0 tabl | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 65 | Methylprednisolone Aceponate dawka 0,1% postać: maść opakowanie 15 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 66 | Metipranololum 0,3% krople do oczu 30 minimsów | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 67 | Ofloxacinum dawka: 3 mg/g postać: krople do oczu op./1,0 butelka 5 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 68 | Ofloxacinum dawka: 3 mg/g postać: maść do oczu op./1,0 tuba 3 g | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 69 | Penicillamine 250 mg x 30 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 70 | Pilocarpinum + Timololum dawka: postać: krople do oczu op./1,0 fl. 5 ml | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 71 | Prednisonum dawka: 10 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. w fiolce | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 72 | Prednisonum dawka: 5 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 73 | Prednisonum dawka: 20 mg postać: tabl. x 20 tabl | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 74 | Progesteronum dawka: 50 mg postać: tabl. podjęzykowe x 30 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 75 | Progesteronum dawka: 100 mg postać: tabl. dopochwowa x 30 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 76 | Promethazinum dawka: 10 mg postać: draż. op./20,0 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 77 | Promethazinum dawka: 25 mg postać: draż. op./20,0 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 78 | Zinci oxydum 50 ml krem | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| xxx | RAZEM | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx |  | xxxx | xxxx |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 446**

**Wadium - 510,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acarbosum dawka: 50 mg postać: tabl op./30,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Aciclovir dawka: 0,2 g postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Azathioprine dawka: 50 mg postać: tabl. powl. op./50,0 tabl op | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Betahistinum dawka: 8 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Betahistine dawka: 24 mg postać: tabl.op./50,0 tabl. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Betaxololum dawka: 20 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Bimatoprost dawka: 0,3mg/ml postać: krople do oczu op./3,0 butelka 3ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Bromfenac dawka: 0,9 mg/ml postać: krople do oczu opakowanie 1 butelka 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Chlortalidonum dawka: 50 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Clomethiazolum dawka: 300 mg postać: kaps. op./100,0 kaps | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Clonidinum dawka: 0,075 mg postać: tabl. op./50,0 tabl | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Dexamethasonum + Neomycinum + Polymyxinum B dawka: postać: krople do oczu  op./1,0 fl. 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dexamethasonum + Neomycinum + Polymyxinum B dawka: postać: maść do oczu op./1,0 op. 3,5 g | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Dexamethasonum + Gentamicinum dawka: postać: krople do oczu op./1,0 fl. 5 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Dexamethasonum + Gentamicinum dawka: postać: maść do oczu op./1,0 | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Fenoterolum dawka 0,5 mg/10 ml postać inj. Iv (roztór) opakowanie 15 amp. 10 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Ferrosi sulfas dawka: 105 mg Fe++ postać: draż. retard op./50,0 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Ferrous Sulfate dawka 0,08g żelaza postać tabl. Opakowanie 30 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Glucagonum dawka: 1 mg postać: inj. (proszek + rozp.) op./1,0 fiol. s.subst. +rozp. 1 ml w strzykawce | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Heparinum dawka: 300 j.m./g postać: krem op./1,0 tuba 30 g | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Hydrochlorothiazidum dawka: 12,5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Hydrocortisonum dawka: 10 mg/g postać: kremop./1,0 tuba 15 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Hydrocortisonum dawka: 20 mg postać:tabl. op./20 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Hydroxycarbamidum dawka: 500 mg postać: kaps op./100,0 kaps | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Ibuprofenum dawka: 200 mg postać: tabl. powlop./60,0 tabl. w blistrach | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Ibuprofenum dawka: 200 mg/5 ml postać: zawiesina 100 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Indometacinum dawka: 1 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 poj. 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Indometacinum dawka: 75 mg postać: tabl. Retard op./25,0 tabl | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Itraconazole dawka: 100 mg postać: tabl. op./28,0 kaps | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Kalium chloratum dawka: 750 mg 391 mg K+ postać: kaps. x 60 kaps. | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Lacidipinum dawka: 4 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Lacidipinum dawka: 2 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Lactulosum dawka: 7,5 g/15 ml postać: syrop op./1,0 butelka 150 ml | op | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Lidocainum dawka: 10/100 postać: aerozol na błony śluzoweop./1,0 szt | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Loteprednoli etabonas dawka: 5 mg / ml postać: krople do oczu op./1,0 butelka 2,5 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Megestrolum dawka: 40 mg/ml postać: zawiesina doustnaop./1,0 butelka 240 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Mercaptopurinum dawka: 50 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Methylprednisolonum dawka: 4 mg postać: tablop./30,0 tabl. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Methylprednisolonum dawka: 16 mg postać: tabl. x 50 tabletek | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Metronidazolum dawka: 10 mg/g postać: żel do użytku zewnętrznego op./1,0 tuba 15 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Metronidazolum dawka: 500 mg postać: czopki op./10,0 szt | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Mometasone dawka:0,1% postać: maść opakowanie 15 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Oliwka do masażu wielowitaminowa płyn 500 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Opipramolum dawka 50 mg postać draż opakowanie 20 drażetek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Perazinum 25 mg x 20 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Piracetamum dawka: 20 % roztwór doustny butelka 150 ml | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Piracetamum dawka: 1000 mg postać:amp. op./10 ampułek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Piracetamum dawka: 400 mg postać: kaps. op./60,0 kaps | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Piracetamum dawka: 800 mg postać: tabl. powl. op./60,0 tabl. w blistrach | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Piracetamum dawka: 1200 mg postać: tabl. powlop./60,0 tabl. w blistrach (6x10) | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Pyrimethaminum dawka 25 mg postać tabletki opakowanie 30 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Trandolaprilum dawka: 0,5 mg postać: kaps. op./28,0 kaps. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Trandolaprilum dawka: 2 mg postać: kaps. op./28,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Trandolaprilum dawka: 4 mg postać: kaps. op./28,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Złożone preparaty Hemorectal dawka: postać: czopki op./10,0 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Pimecrolimusum dawka: 10mg/g postać: krem op./15,0 g | op | 40 |  |  |  |  |  |  |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 447**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 260,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Allopurinol dawka: 100 mg postać: tablop./50,0 tabl. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Allopurinolum dawka: 300 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 2 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 448**

**Wadium - 760,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ambroxolum dawka: 7,5 mg/ml postać: płyn do inhalacji op./1,0 fl. 100 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Antazolinum dawka: 50 mg/ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 2 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Budesonidum 3 mg kaps. Retard x 100 kaps | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Calcium lactate gluconate dawka: 500 mg postać: tabl. musujące x 20 tabl | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Cisatracurium dawka: 5 mg/2,5 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./5,0 amp. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Cisatracurium dawka: 10 mg/5 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./5,0 amp. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Denotivirum dawka: 30 mg/g postać: krem tuba 3 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Desogestrelum 150µg + Ethinylestradiolum 20µg x 21 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Dorzolamide dawka: 2% postać: krople do oczu op./1,0 5 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Drotaverinum dawka: 80 mg postać: tabl. op./20 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Drotaverinum dawka: 40 mg/2 ml postać: inj. im./iv./sc. op./5,0 amp. 2 ml | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Estradiolum dawka: 2 mg postać: tabl. powlop./28,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Formoterolum dawka: 9 mcg/dawkę postać: proszek do inhalacji op./1,0 poj. 60 dawek z dozownikiem | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Hydrocortisonum + Oxytetracyclinum dawka: postać: aerozol op./1,0 30 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Hydrocortisonum + Oxytetracyclinum dawka: postać: maść op./1,0 tuba 10 g | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Isoniazidum dawka: 100 mg postać: tablop./250,0 tabl | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Isoniazidum + Rifampicynumdawka: 150 mg+ 300 mg postać: tablop./100,0 tabl | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Isoconazolum krem 15 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Latanoprostum dawka: 0,05 mg/ml postać: krople do oczu fl 2,5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Leflunomide 20 mg x 30 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Lisinoprilum +Amlodipinum 10 mg + 5 mg tabletki opakowanie 30 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Lithlum 250 mg x 60 tabletek | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Lisinoprilum dawka: 10 mg postać: tabl. op./28,0 tabl | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 24 | PC 30 V dawka: - postać: płynop./1,0 fl. 100 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Medroxyprogesteronum 10 mg x 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Memantine 10 mg x 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Montelukast 10 mg x 28 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Moxifloxacinum 400 mg x 7 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Natamycinum20 mg/g krem tuba 30 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Neomycinum dawka: 250 mg postać: tabl. op./16,0 tabl. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Neomycinum dawka: 6,8 mg/ml postać: aerozol na skórę op./1,0 poj. 55 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Neostigminum dawka: 0,5 mg/1 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 1 ml | op | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Nicergolinum dawka: 10 mg postać: tabl. op./50,0 tabl | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Nifuroxazidum dawka: 100 mg postać: tabl. powl. op./24,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Nitrendipinum dawka: 10 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Nicotinum 14 mg/24h system transdermalny x 7 plastrów | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Nitrendipinum dawka: 20 mg postać: tabl. op./60,0 tabl. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Nystatinum dawka: 0,1 mln. j.m. postać: tabl. dopochwowe op./10,0 tabl. (2x5) | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Nystatinum dawka: 0,5 mln. j.m. postać: draż. op./16,0 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Nystatinum dawka: 2,8mln. j.m./5 g postać: granulat do p. zawiesiny doustnej lub stosowanej m  op./1,0 fl. 28 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Oxazepamum dawka: 10 mg postać: tabl op./20,0 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Oxytocinum dawka: 5 j.m./1 ml postać: inj. im./iv. (roztwór) x 5 amp. 1 ml | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Papaverinum dawka: 40 mg/2 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 2 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Paracetamolum dawka: 250 mg postać: czopki op./10,0 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Paracetamolum dawka: 500 mg postać: czopki op./10,0 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Paracetamolum dawka: 500 mg postać: tabl. op./10,0 tabl | op | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Pentoxifyllinum dawka: 300 mg/15 ml postać: inj. iv. (koncentrat op./10,0 amp. 15 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Phenoxymethylpenicillin dawka: 1 mln j.m. postać: tabl. powl. op./12,0 tabl | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Phenylephrinum dawka: 100 mg/ml postać: krople do oczu op./1,0 butelka 10 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Phenytoinum dawka: 0,25 g/5 ml postać: inj. op./5 ampułek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Polidocanolum + Stymulatory regeneracji dawka: postać: pasta na śluzówkę jamy ustnej  op./1,0 tuba 5 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Polystyreni sulfonas dawka: postać: proszek do p. zawiesiny op./1,0 poj. 454 g | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Promazinum dawka: 25 mg postać: draż. op./60,0 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Promethazine dawka: 0,1% postać: syrop op./150,0 ml szkło brunatne zakrętka al | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Propafenonum dawka: 70 mg/20 ml postać: inj. (roztwór) op./5,0 amp. 20 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Ranitidinum dawka: 50 mg/2ml postać: inj. Im/iv roztwór. op./5 ampułek | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | Rifampicinum dawka: 150 mg postać: kaps op./100,0 kaps | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Rifampicinum dawka: 300 mg postać: kaps op./100,0 kaps | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 59 | Salmeterolum dawka: 50 ug/dawkę proszek do inhalacji op./1,0 60 kapsułek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 60 | Salmeterolum dawka: 0,025 mg/dawkę postać: aerozol wziewny op./1,0 poj. 120 dawek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 61 | Streptodornasum + Streptokinazum czopki x 6 szt | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 62 | Sulpiridum 50 mg x 24 kapsułki | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 63 | Tacrolimusum dawka: 0,1% postać: maść tuba 10 g | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 64 | Tannine Albuminate dawka: 500 postać: tabl. x 20 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 65 | Trimebutinum 100 mg x 100 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 66 | Vinpocetine 5 mg x 90 tabletek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 67 | Vitaminum B compositum x 50 kaps | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 449**

**Wadium - 420,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| **1** | Acidum salicylicum + Flumetasonum dawka: postać: maść tuba 15 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Acidum thiocticum dawka 600 mg postać:tabl. powlekane opakowanie 30 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Acidum thiocticum dawka 600 mg/50 ml postać:ampułki x 10 | op | 12 |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Alverinum dawka: 60 mg postać: kaps. twarde op./20,0 kaps. w blistrach | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Amantadine dawka: 0,1 g postać: kaps. op./50,0 kaps | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Amoxicillinum z inhibitorem beta-laktamazy dawka: 625 mg postać: tabl. powl. op./14,0 tabl | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Codeinum + Guaiacolsulfonatum dawka: postać: tabl. op./10,0 tabl | op | 350 |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Cyanocobalaminum dawka: 1 mg/2 ml postać: inj. (roztwórop./5,0 amp. 2 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Cyanocobalamin + Lidocaine hydrochloride+Pyridoxine+Thiamine injekcje opakowanie 5 ampułek 2 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Fluoxetine dawka: 0,02 g postać: kaps. op./30,0 kaps | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Glyceryl Trinitrate dawka: 0,4 mg w dawce postać: aerozol 200 dawek | op | 25 |  |  |  |  |  |  |
| **12** | Hydrocortisonum + Oxytetracyclinum dawka: postać: maść do oczu tuba 3 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Hydroxyethylcellulosum + Sulfacetamidum dawka: 100 mg/ml postać: krople do oczu  op./2,0 fl. 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Kalii carbonas + Kalii chloridum 782 mg/5 g x 20 saszetek 3 g opakowanie bezcukrowe | op | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **15** | Levomepromazinum dawka: 25 mg/1 ml postać: inj. (roztwórop./10,0 amp. 1 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **16** | Mucinox aerozol 50 ml | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **17** | Nikethamide dawka: 0,25 g/1 ml postać: krople opakowanie 15 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **18** | Potassium Gluconate dawka: 1,56 g/5 ml = 0,26 g potasu postać: syrop butelka 150 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **19** | Retinol 250j.m./1 g maść do oczu opakowanie 5 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **20** | Retinolum (vit. A) dawka: 50000 j.m./ml postać: płyn doustny op./1,0 butelka 10 ml | op | 600 |  |  |  |  |  |  |
| **21** | Salbutamolum dawka: 0,5 mg/1 ml postać: inj. opakowanie 10 ampułek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **22** | Salbutamolum dawka: 0,1 mg postać: aerozol wziewny op./1,0 poj. 200 dawek | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **23** | Salbutamolum dawka: 2,5 mg/2,5 ml postać: płyn do inhalacjiop./20,0 amp. 2,5 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **24** | Salbutamolum dawka: 5 mg/2,5 ml postać: płyn do inhalacji op./20,0 amp. 2,5 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **25** | Sennae glycosida dawka: 40 mg/15 ml postać: płyn doustny op./1,0 butelka 75 ml X-prep | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **26** | Spironolactonum dawka: 25 mg postać: tabl. op./100,0 tabl | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **27** | Spironolactonum dawka: 100 mg postać: tabl. powl. op./20,0 tabl. w blistrach | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **28** | Sucralfatum dawka: 1000 mg/5 ml postać: zawiesina doustna op./1,0 fl. 250 ml | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **29** | Sulodexidum dawka: - postać: injop./10,0 amp. 2 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **30** | Theophyllinum dawka: 150 mg postać: tabl. powl. retard op./50,0 tabl | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **31** | Theophyllinum dawka: 300 mg postać: tabl. retard op./50,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **32** | Theophyllinum dawka: 20 mg/1 ml postać: inj.  op./5,0 amp. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **33** | Thiamazolum dawka: 5 mg postać: tabl. powl. op./50,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **34** | Thiamazolum dawka: 20 mg postać: tabl. powlop./50,0 tabl | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **35** | Thiaminum (vit. B1) dawka: 25 mg postać: tabl. op./50,0 tabl | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **36** | Tiotropium bromide dawka: 0,018 mg postać: kaps. twarde op./90,0 kaps | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **37** | Inhalator do Tiotropium bromide | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **38** | Tobramycin dawka: 0,3% postać: krople do oczu op./1,0 5 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| **39** | Tobramycinum dawka: 0,3 % postać: maść do oczu op./1,0 tuba 3,5 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **40** | Tolperisone dawka: 0,05 g postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **41** | Topiramate dawka: 25 mg postać: kaps. x 28 kaps. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **42** | Topiramate dawka: 50 mg postać: kaps. x 28 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **43** | Topiramate dawka: 100 mg postać: kaps. x 28 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **44** | Trawoprost dawka: 40mcg/ml postać: krople do oczu butelka 2,5 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **45** | Vildagliptin 50 mg x 28 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **46** | Vildagliptin + Meftorminum dawka 50 mg + 1000 mg tabletki x 60 tabletek | op | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **47** | Vildagliptin + Meftorminum dawka 50 mg + 850 mg tabletki x 60 tabletek | op | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **48** | Warfarinum natrium dawka: 3mg postać: tabl. op./100,0 tabl | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **49** | Warfarinum natrium dawka: 5 mg postać: tabl. op./100,0 tabl | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| **50** | Złożone preparaty Spasmalgon dawka: postać: inj. im. (roztwór) op./10,0 amp. 5 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **51** | Acidum ascorbicum (vit. C) + Rutosidum tabletki opakowanie 125 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **52** | Zofenopril + hydrochlorotiazyd 30 mg + 12,5 mg opakowanie 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **53** | Złożone preparaty typu Fortrans dawka: postać: proszek do p. płynu doustnego op./48,0 torebek 74 g | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 450**

**Wadium - 520,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Acidum valproicum dawka: 288,2 mg/5 ml postać: syrop op./1,0 fl. 150 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Acidum valproicum dawka: 300 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. w blistrach | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Acidum valproicum dawka: 500 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. w blistrach | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Acidum valproicum dawka: 300 mg postać: tabl. powl. retard op./30,0 tabl. w blistrach | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Acidum valproicum dawka: 500 mg postać: tabl. powl. retard op./30,0 tabl. w blistrach | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Amitriptylinum dawka: 10 mg postać: draż op./60,0 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Amitriptylinum dawka: 25 mg postać: draż. op./60,0 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Carbamazepine dawka: 200 mg postać: tabl. op./50,0 tabl. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Carbamazepine dawka: 400 mg postać: tabl. retard op./30,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Carbamazepine dawka: 200 mg postać: tabl. retard op./30,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Carbamazepine dawka: 2% postać:syrop op./butelka 100 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Chlorpromazinum dawka: 50 mg/2 ml postać: inj. iv. (roztwór) op./10,0 amp. 2 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Chlorprothixenum 50 mg tabletki opakowanie 50 tabletek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Citalopram dawka: 20 mg postać: tabl. powl. op./28,0 tabl. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Clomipramine dawka 75 mg postać tabletki opakowanie 20 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Clonazepamum dawka: 0,5 mg postać: tabl. op./30,0 tabl. | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Clonazepamum dawka: 2 mg postać: tabl. op./30,0 tabl | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Clonazepamum dawka: 1 mg/1 ml postać: inj. (roztwór) op./10,0 amp. 1 ml | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Diazepamum dawka: 10 mg/2 ml postać: inj. (roztwór) op./50,0 amp. 2 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Diazepamum dawka: 2 mg postać: tabl. op./20,0 tabl | op | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Diazepamum dawka: 5 mg postać: tabl. op./20,0 tabl | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Diazepamum dawka: 5 mg/2,5 ml postać:wlewka doodbytnicza | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Donepezilum 5 mg x 28 tabletek powlekanych | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Doxepinum dawka: 10 mg postać: kaps. op./30,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Doxepinum dawka: 25 mg postać: kaps. op./30,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Estazolamum dawka: 2 mg postać: tabl. op./20,0 tabl. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Flupentixolum 20 mg/1 ml x 1 ampułka | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Gabapentinum dawka: 100mg postać: kaps. twarde op./100,0 kaps. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | Gabapentinum dawka: 300mg postać: kaps. twarde op./100,0 kaps. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Gabapentinum dawka: 400mg postać: kaps. twarde op./100,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | Gabapentinum dawka: 600mg postać: kaps. twarde op./100,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | Gabapentinum dawka: 800mg postać: kaps. twarde op./100,0 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | Haloperidolum dawka: 1 mg postać: tabl. op./40,0 tabl. w blistrach | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | Haloperidolum dawka: 2 mg/ml postać: krople doustne op./1,0 butelka 10 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 35 | Haloperidolum dawka: 5 mg/1 ml postać: inj. im. (roztwórop./10,0 amp. 1 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 36 | Hydroxyzinum dawka: 10 mg postać: draż op./30,0 | op | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | Hydroxyzinum dawka: 25 mg postać: draż. op./30,0 | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | Hydroxyzinum dawka: 8 mg/5 ml postać: syrop op./1,0 butelka 250 g | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | Lamotrigine 25 mg x 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | Lamotrigine 50 mg x 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | Lamotrigine 100 mg x 30 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | Levodopum et Benserazidum dawka: 50 + 12,5 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | Levodopum et Benserazidum dawka: 100 + 25 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 44 | Levodopum et Carbidopum dawka: 100 + 25 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | Levodopum et Carbidopum dawka: 250 + 25 mg postać: tabl. op./100,0 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Lorazepamum dawka: 1 mg postać: draż. op./25,0 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 47 | Lorazepamum dawka: 2,5 mg postać: draż. op./25,0 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | Levetiracetam 500 mg/5 ml inj. x 10 fiolek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 49 | Levetiracetam 1000 mg x 50 tabletek | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | Lormetazepamum dawka: 1 mg postać: tabl. op./20,0 tabl | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | Mianserin dawka: 10 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. = 1 blister | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | Mianserin dawka: 30 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. = 1 blister | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | Mianserin dawka: 60 mg postać: tabl. powl. op./30,0 tabl. = 1 blister | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | Midazolamum dawka: 7,5 mg postać: tabl. powl. op./10,0 tabl. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 55 | Midazolamum dawka: 15 mg postać: tabl. powl. op./100,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 56 | Paroxetine dawka: 20 mg postać: tabl. powlop./30,0 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | Phenobarbitalum dawka: 100 mg postać: tabl. op./10,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 58 | Phenobarbitalum dawka: 15 mg postać: tabl. op./10,0 tabl. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 59 | Risperidonum dawka: 1 mg postać: tabl op./20,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 60 | Risperidonum dawka: 2 mg postać: tabl op./20,0 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 61 | Risperidonum dawka: 1 mg/ml postać: roztwór doustny op./1,0 butelka 30 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 62 | Temazepamum dawka: 10 mg postać: tabl op./20,0 tabl | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 63 | Tiapride 100 mg x 20 tabl. | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 64 | Valproic Acid dawka: 0,5 g postać: Granulat -> Płyn op./30,0 torebek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 65 | Zopiclonum 7,5 mg x 20 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 66 | Zolpidemum dawka: 10 mg postać: tablop./20,0 tabl. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 451**

**Wadium - 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Wernakalant 20 mg/10 ml fiolki iv | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 452**

**Wadium - 150,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ceftolozan + tazobaktam 1g+0,5 g fiolka proszek do sporządzania koncentratu x 10 fiolek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 453**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sakubitryl + Walsartan 24 mg + 26 mg x 56 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Sakubitryl + Walsartan 49 mg + 51 mg x 56 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Sakubitryl + Walsartan 97 mg + 103 mg x 56 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 454**

**Wadium - 350,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sodu pikosiarczan 0,01 g + magnezu tlenek lekki3,5 g + kwas cytrynowy bezwodny 10,97 g saszetka 15,08 g z pojedyńczą dawką do przygotowania roztworu doustnego Każda saszetka zawiera również 5 mmol (lub 195 mg) potasu x 50 saszetek | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 455**

**Wadium - 400,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Bezwodny siarczan sodu 17,51g, magnezu siarczan siedmiowodny 3,276 g, siarczan potasu 3,13 g butelka 176 ml; opakowanie 2 butelki | op | 750 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 456**

**Wadium - 1.900,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lipegfilgrastim 6 mg/0,6 ml 1 ampułkostrzykawka | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 457**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Empagliflozyny 10 mg x 30 tabletek | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Empagliflozyny 25 mg x 30 tabletek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 458**

**Wadium - 500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ramucirumab x 0,1 g/10 ml x 2 fiolki | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 459**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Morphinum dawka: - postać: surowiec (substancja) op./5,0 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 460**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Borasol 3 % dawka: - postać: płyn op./1000,0 g | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Borasol 3 % dawka: - postać: płyn op./500,0 g | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 461**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Woda utleniona 3% dawka: - postać: płyn op./1000,0 g | szt | 120 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 462**

**Wadium - 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Argentum nitricum subs. 10 g | op | 12 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 463**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Argentum colloidale sus. 5 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 464**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Homatropinum sub. 1 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 465**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Pilocarpinum hydrochlor. Subs. 5,0 g | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 466**

**Wadium - 0,50 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrium citricum sub. 100,0 g | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 467**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum boricum dawka: - postać: surowiec (substancja) 1000,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 468**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Acidum salicylicum dawka: - postać: surowiec (substancja) 250,0 g | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 469**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Atropinum dawka: - postać: surowiec (substancja) 1,0g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 470**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Benzocainum dawka: - postać: surowiec (proszek) 100,0 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 471**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Hydrocortisonum dawka: - postać: surowiec (proszek) 25,0 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 472**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Kalii chloridum dawka: - postać: surowiec (substancja) 100,0 | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 473**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Neomycin substancja 5 g opakowanie | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 474**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrium biboricum surowiec (substancja) 1000,0 g | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 475**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrium bicarbonicum surowiec (substancja) 100,0 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 476**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Natrium chloratum substancja (surowiec) opakowanie 1000,0 g | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 477**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nystatinum dawka: 1mg/5726j.m. postać: surowiec (substancja) 10,0 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 478**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tetracainum dawka: - postać: surowiec (substancja) 10,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 479**

**Wadium - 120,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Glycerolum 85% płyn 1000,0 g | op | 130 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 480**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methylenum coeruleum subs. 100,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 481**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Talk subs. 1000,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 482**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vaselinum album 1000,0 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 483**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Vaselinum flavum 1000,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 484**

**Wadium - 90,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Eucerinum dawka: - postać: podłoże maściowe 1000 g bez lanoliny | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 485**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lanolinum anhydricum podłoże maściowe 1000,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 486**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Hascobaza podłoże maściowe 1000,0 g | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 487**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Glucosum dawka: - postać: surowiec (proszek) 100,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 488**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Iodum dawka: - postać: surowiec (proszek) 10,0 g | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 489**

**Wadium - 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Benzyna 670 g | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 490**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Jodyna płyn do przemywania 800,0 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 491**

**Wadium - 0,50 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Calcium carbonicum proszek 100 g | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 492**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Thymol proszek 5,0 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 493**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Zinci oxydum dawka: - postać: surowiec (substancja) 500,0 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 494**

**Wadium - 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paraffinum dawka: - postać: surowiec (płyn) 800,0 g | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 495**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mentholum opakowanie 50 g | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 496**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Methylrosaniline Chloride dawka 1% postać płyn opakowanie 20 g ROZTWÓR WODNY | op | 15 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 497**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Saccharum lactis opakowanie 250 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 498**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Spirytus salicylowy dawka: 2g/100g postać: płyn do stosowania zewnętrznego op./800,0 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 499**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Codeinum phosphoricum surowiec (substancja) 10 g opakowanie | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 500**

**Wadium - 1,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Mentha piperita dawka: - postać: olej op./5,0 ml Do podawania doustnego | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 501**

**Wadium - 250,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Chlorhexidinum digluconicum 20% x 500 g | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 502**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Ethanol 96% x 800,0 g x 1 op Surowiec farmaceutyczny przeznaczony wyłącznie do receptury. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 503**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Spirytus70 % skażony hibitanem 900,0 g x 1 | op | 700 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 504**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 1.600,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tachosil- gąbka kolagenowa dawka: 4,8 cm x 4,8 cm postać: gabka x 2 szt lub równoważny | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Tachosil 1- gąbka kolagenowa dawka: 9,5 cm x 4,8 cm x0,5 cm postać: gabka x 1 szt lub równoważny | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Tachosil 2- gąbka kolagenowa dawka: 3,0cm x 2,5 cm x0,5 cm postać: gabka x 1 szt lub równoważny | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 505**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Sulfotlenek dimetylowy extra czysty o zawartości minimum 99% roztwór 10 ml x 10 fiolek Rejestracja wyrób medyczny | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 506**

**Wadium - 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Wapno sodowane dawka: - postać: granulat op./1,0 kanister 5000 ml Rejestracja wyrób medyczny. Konieczność zmiany koloru. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 507**

**Wadium - 40,00 zł**

**Paski do glukometrów, które są własnością szpitala: Accu-Chek Active, Accu – Chek Go i Accu-Chek Performa Nano**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Paski do oznaczania glukozy we krwi włośniczkowej do posiadanego glukometru Accu-Chek Active | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Paski do oznaczania glukozy we krwi włośniczkowej do posiadanego glukometru Accu-Chek Go | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Paski do oznaczania glukozy we krwi włośniczkowej do posiadanego glukometru Accu-Chek Performa | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 508**

**Wadium - 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Glukometr do oznaczania glukozy we krwi włośniczkowej | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Paski do oznaczania glukozy we krwi włośniczkowej do glukometru z poz. 1 | op | 250 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 509**

**Wadium - 3,00 zł**

**Płyny kontrolne do glukometrów, które są własnością szpitala: Accu-Chek Active, Accu – Chek Go i Accu-Chek Performa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Płyny kontrolne normalny i patologiczny do glukometrów Accu Check Active | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Płyny kontrolne normalny i patologiczny do glukometrów Accu Check Go | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Płyny kontrolne normalny i patologiczny do glukometrów Accu Check performa | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 510**

**Wadium - 50,00 zł**

**Paski do glukometrów (Ixell), które są własnością szpitala**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paski do glukometru Ixell x 50 szt | op | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 511**

**Wadium - 0,50 zł**

|  |  |
| --- | --- |
| **płyny kontrolne do glukometrów (Ixell), które są własnością szpitala** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Płyny kontrolne do glukometrów Ixell | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 512**

**Wadium - 10,00 zł**

**Paski do glukometrów (One touch select), które są własnością szpitala**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paski do glukometru one touch select x 50 szt | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 513**

**Wadium - 0,50 zł**

**Płyny kontrolne do glukometrów (One touch select), które są własnością szpitala**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Płyny kontrolne do glukometrów One touch select | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 514**

**Wadium - 10,00 zł**

**Paski do glukometrów (Sensor Elektrodes), które są własnością szpitala**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Paski do glukometru Sensor Elektrodes x 50 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 515**

**Wadium - 0,50 zł**

**Płyny kontrolne do glukometrów (Sensor Elektrodes), które są własnością szpitala**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Płyny kontrolne do glukometrów sensor Elektrodes | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 516**

**Wadium - 2,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | testy ciążowe dawka: - postać: test diagnostyczny do szybkich oznaczeń op./1,0 szt | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 517**

**Wadium - 2.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Płyn kardioplegiczny do konserwacji i perfuzji narządów o osmolarności 310 mOsml/kg.**Produkt leczniczy dostepny w workach 1 i 2 litrowych** - roztwór sterylny. O następującym składzie: Chlorek magnezu sześciowodny 0,8132 g; chlorek sodu 0,8766 g; chlorek potasu 0,6710 g; chlorowodorek histydyny jednowodny 3,7733 g; histydyna 27,9289 g; tryptofan 0,4085 g; mannitol 5,4651 g; chlorek wapnia dwuwodny 0,0022 g; potassium hydrogen 2-ketoglutarate 0,1842 g/l; woda do iniekcji do 1000 ml; wodorotlenek potasu do ustawienia pH | litr | 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 518**

**Wadium - 0,50 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Cortex Quercusc robur dawka postać zioła do zaparzania opakowanien 50 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 519**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Linagliptyna 5 mg x 28 tabletek | op | 5 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 520**

**Wadium - 300,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Furosemidum dawka: 20 mg/2 ml postać: inj. (roztwór) op./50,0 amp. 2 ml | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 521**

**Wadium - 18.500,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Carfilzomib 60 mg x 1 fiolka | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 522**

**Wadium - 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Ribavirin 200 mg x 140 kapsułek | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 523**

**Wadium - 40,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Lopinawir + Rytonawir. 200 mg + 50 mg x 120 tabletek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 524**

**Wadium - 350,00 zł**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Tropicamidum + Phenylephrinum hydrochloricum + lidocainum hydrochloricum/ dawka 0,2 mg+ 3,1 mg + 10 mg x 20 ampułek 0,6 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 525**

**Wadium - 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Tryptoreliny 3,75 mgx 1 fiolka | op | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 526**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Umeklidynium + wilanterolu 55ug + 22 ug x 30 dawek proszek do inhalacji | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 527**

**Wadium - 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Umeklidynium 55ug x 30 dawek proszek do inhalacji | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 528**

**W ramach umowy wartościowej istnieje możliwość zmiany dawek**

**Wadium - 3.550,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Anagrelid dawka: 0,5 mg postać: kaps. op./100,0 kaps. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Anagrelid dawka: 1 mg postać: kaps. op./100,0 kaps. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 529**

**Wadium - 3.550,00 zł**

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

**w ciężkiej niewydolności nerek, gdzie klirens kreatyniny wynosi 30 -50 ml/min**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Anagrelid dawka: 0,5 mg postać: kaps. op./100,0 kaps. | op | 360 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 530**

**Wadium - 1.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1 | Gadoteridolum 279,3 mg/15 ml inj x 1 fiolka | fiolka | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 531**

**Program lekowy LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC**

**Wadium - 22.000,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nintedanibum 150 mg tabletka op./60 kapsułek. Mozliwość realizacji w dawkach 100 mg | op | 240 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Pakiet nr 532**

**Wadium - 1.900,00 zł**

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

**Program lekowy LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA Z ZASTOSOWANIEM AFATYNIBU I NINTEDANIBU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu**  **zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jedn. netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość netto**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Cena jedn. brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Wartość brutto**  ***wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP*** | **Stawka podatku**  **VAT**  **Dla *wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów*** | **Producent / nazwa własna/ dawka/**  **numer katalogowy oraz numer EAN (jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu jednostkowym**  **(podać)** |
| 1. | Nintedanibum 150 mg tabletka op./60 kapsułek. Mozliwość realizacji w dawkach 100 mg | op | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **xxx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** | **xxxx** |  | **xxxx** | **xxxx** |

Cena bez VAT: ..............................................................................................................................

Słownie: .....................................................................................................................................................

Cena z VAT: .................................................................................................................................

Słownie: ..........................................................................................................................................

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

***C.d. opisu - wymagania ogólne:***

* Dopuszcza się zamienniki (produkty równoważne), zgodnie z SIWZ cz. I, pkt 2, lit. J/.
* Dla wszystkich leków muszą być dostarczone karty charakterystyki w wersji elektronicznej, zgodnie z SIWZ, cz. II, ust. 1.3. – dotyczy wykonawcy, którego oferta zostanie oceniona najwyżej.
* Wszystkie dawki tego samego leku muszą pochodzić od tego samego producenta.
* W ramach pakietu istnieje możliwość zamiany ilości asortymentu do wartości pakietu, zgodnie z wzorem umowy.
* Wszystkie produkty do podania pozajelitowego muszą być do podania dożylnego.
* W przypadku leków cytostatycznych prosimy o podanie gęstości.
* Rozpuszczalniki i płyny infuzyjne do podawania antybiotyków – minimum 0,9% roztwór Natrium Chloratum.
* Leki z programów lekowych i chemioterapii muszą znajdować się na liście leków w Obwieszczeniu MZ dotyczącym refundacji.
* Ceny leków znajdujących się w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia muszą być zmieniane zgodnie z Obwieszczeniem oraz muszą uwzględniać ewentualny czynnik korygujący NFZ.
* Zmiany do umowy wprowadzane będą zgodnie z **§ 5** umowy.
* Przy zmianach cen urzędowych obowiązek przeceny leków będących na stanie magazynowym apteki w dniu przeceny.
* Czynnik podziału ryzyka, jeżeli występuje porozumienie firmy z Ministerstwem Zdrowia, istnieje obowiązek poinformowania o tym Apteki szpitalnej.
* Hurtownia zobowiązuje się dostarczyć na żądanie dokument potwierdzający zawartą umowę z producentem na dany lek.
* W przypadku zaproponowania opakowania posiadającego inną ilość sztuk +/- 10% (tabletki, ampułki, kilogramy itp.), niż zamieszczona w niniejszym załączniku nr 2, korzystniejszego pod względem ekonomicznym, Wykonawca przeliczy ilość opakowań do dwóch miejsc po przecinku.
* Do substancji recepturowych musi być dostarczony dokument tożsamości, zgodnie z Farmakopeą Polską XI „substancje do celów recepturowych powinny być dostarczone do apteki z certyfikatem analitycznym producenta” – dotyczy wykonawcy, z którym zostanie podpisana umowa.
* W przypadku nie potwierdzenia autentyczności leku w aptece szpitalnej (obowiązek wynika z przepisów Unii Europejskiej - Dyrektywy unijnej 2011/62/EU – w zakresie zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dystrybucji), hurtowania farmaceutyczna (dostawca) zobowiązana jest do przyjęcia zwrotu leku i wystawienia faktury korygującej lub dostarczania innego leku spełniającego wymagania Dyrektywy.
* Podczas dostawy leków do apteki, pracownicy apteki mają obowiązek sprawdzenia zgodności dostawy z dokumentem faktury w obecności dostawcy. Wszelkiego rodzaju zgłaszane niezgodności (brak towaru, towar uszkodzony, nadwyżka towaru) są potwierdzane na bieżąco przez dostawcę w aptece. W sytuacji, gdy dostawca nie zaczeka na potwierdzenie zgodności dostawy towaru, wszelkie uchybienia są rozpatrywane na korzyść apteki.
* Dostawa Loco magazyn apteki szpitalnej ul. Długa ½ , 61-848 Poznań lub ul. Szamarzewskiego 82/84, 60-569 Poznań

Osoby do kontaktu:

ul. Długa ½ - mgr farm. Izabela Kołodziej

ul. Szamarzewskiego 82/84 – mgr farm. Elżbieta Balcerzak

**Standardy jakościowe:**

1. W przypadku ofert zawierających produkty lecznicze data ważności musi wynosić co najmniej 12 miesięcy, natomiast dla produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego co najmniej 6 miesięcy, za wyjątkiem sytuacji szczególnych, których Zamawiający nie może przewidzieć.(zawsze musi to być uzgodnione z kierownikiem Apteki)

2. Produkty lecznicze złożone w ofercie muszą być zarejestrowane jako lek. Zamawiający w trakcie realizacji umowy może zwrócić się do Wykonawcy o potwierdzenie, czy produkt jest nadal zarejestrowany jako lek. W przypadku zmiany kwalifikacji przedmiotu umowy Zamawiający ma prawo odstąpić od umowy w tej części.

3. Produkty lecznicze muszą być przechowywane w hurtowni farmaceutycznej i transportowane zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki

Dystrybucji .

…………………………………………..

Pieczątka i podpis wykonawcy

**Załącznik nr 2A,**

**EZP/24/19 – (do oferty w wersji elektronicznej)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego

61-848 Poznań, ul. Długa ½

Dział Zamówień Publicznych

**FORMULARZ OFERTOWY**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 532 pakietów**

Termin wykonania zamówienia:**12 miesięcy**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

**adres e-mail** - ***Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)***

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać w załączniku nr 1 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena pakietu nr …….bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ....................................................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie......................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5.Termin dostawy max – 1 dzień**

**6.Termin dostawy na import docelowy(max. 30 dni robocze) - …………..…………….. (podać)**

***Brak podania terminu oznacza zaproponowanie terminu max tj. 30 dni robocze.***

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umów i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

8. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

9. Lista załączników:………………..

**Itd.**

**………………………. ……………………………………**

**Data Podpisy i pieczątka Wykonawcy**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawcy**

**Załącznik nr 4**

**EZP/24/19**

**Wykonawca dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**………………………..**

data

**Dotyczy postępowania na:**

**Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 532 pakietów**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\***(Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

………………….

Podpis i pieczątka Wykonawcy

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5**

**EZP/24/19**

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) produktów leczniczych (leków) i wyrobów medycznych – 532 pakietów.**

W przypadku gdy Wykonawca ma siedzibę firmy poza granicami Polski, Zamawiający wprowadzi do umowy następujące zapisy:

1. W przypadku dostaw wewnątrzwspólnotowych w celu wypełnienia deklaracji INTRASTAT (system statystyki obrotów handlowych państw członkowskich Unii Europejskiej) przez Zamawiającego Wykonawca dostarczy Zamawiającemu fakturę VAT wraz z następującymi danymi dotyczącymi każdej pozycji faktury osobno:

a) ośmiocyfrowy kod towaru zgodnie z kodem określonym w Scalonej Nomenklaturze (CN),stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 256 z dnia 7 września 1987r., str. 1 i n.), zmienionego rozporządzeniem Komisji nr 2344/2003 z dnia 30 grudnia 2003r. zmieniającym załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady EWG nr 2658/87 z dnia 23 lipca 1987r. w sprawie nomenklatury taryfowej i statystycznej oraz w sprawie Wspólnej Taryfy Celnej (Dz. Urz. WE L 346 z dnia 31.12.2003r., str. 38 i n.) albo – w przypadkach szczególnych – kod towarowy określony w części II ust. 2 i ust. 6 Instrukcji;

b) opis towaru ( należy podać zwyczajową nazwę handlową danego towaru w sposób umożliwiający jego identyfikację-opis musi umożliwić klasyfikację towaru według kodu Scalonej Nomenklatury (CN). Jeżeli zwyczajowa nazwa handlowa nie pozwala na jednoznaczne określenie, jakiego rodzaju jest dany towar i do której pozycji CN należy go przypisać, nazwę tę należy uzupełnić o informacje dotyczące rodzaju materiału, sposobu obróbki, celu wykorzystania lub innych kryteriów służących do kwalifikacji towaru według kodu CN;

c)masa netto ( w pełnych kilogramach ) - masa netto to masa towaru bez opakowania. W przypadku, gdy masa towaru wynosi mniej niż 0,50 kilograma, należy wpisać "0". Jeżeli masa wynosi 0,50 kilograma lub więcej, lecz mniej niż 1 kilogram, należy wpisać"1". Dla mas większych od 1 kilograma wartości po przecinku należy zaokrąglać według zasad matematycznych. Wypełnienie tego pola nie jest wymagane dla kodów towarowych, określonych w aneksie "H" do Instrukcji;

d)ilość w uzupełniającej jednostce miary – należy podać ilość towaru w liczbach całkowitych, wyrażoną w jednostce miary wskazanej dla danej pozycji towarowej w obowiązującej wersji Scalonej Nomenklatury (CN), jeżeli dla danego kodu towarowego przewiduje ona dodatkową jednostkę miary (w przeciwnym razie pola tego nie należy wypełniać). Wartości po przecinku należy zaokrąglać zgodnie z zasadami matematycznymi, np. w przypadku, gdy ilość towaru podanego w litrach wynosi mniej niż 0,5 litra, należy wpisać "0". Jeżeli ilość towaru wynosi 0,5 litra lub więcej, należy wpisać "1".

2. W przypadku braku danych, o których mowa w pkt. 2 na fakturze i braku pisemnego uzupełnienia przez Wykonawcę tych danych Wykonawca wyraża zgodę na zapłatę grzywny według taryfikatora urzędu Celnego za niezłożenie deklaracji INTRASTAT – PRZYWÓZ w terminie.

3. W przypadku, gdy spoza obszaru Unii Europejskiej dostawa towaru nie ma charakteru dostawy wewnątrzwspólnotowej i nie objęta jest koniecznością sporządzania przez Zamawiającego deklaracji INTRASTAT pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

4. W przypadkach określonych nowelizacją ustawy o VAT z dnia 11.03.2004, gdy nie dochodzi do wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów ze względu na brak dostawy spoza granic RP a dostawcą jest podmiot ( Wykonawca) nie posiadający siedziby na terytorium RP pkt.1 załącznika nr 5 nie jest obowiązujący.

**Załącznik nr 6**

**EZP/24/19**

***Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest */nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*
* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego EZP/24/19;

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 7.

**Załącznik nr 7 (Wykonawca dołączy do oferty w formie elektronicznej)**

**EZP/24/19**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)

#### Załącznik nr 8

**EZP/24/19**

**……………………….. ………………………..**

Pieczątka Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że posiadam aktualny dokument dopuszczający zaproponowany przedmiot zamówienia (produkty lecznicze) do obrotu zgodnie z obowiązującym prawem w zakresie produktów leczniczych (ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 28.)

…………………………..

podpis Wykonawcy