**Załącznik nr 1 do SIWZ Oznaczenie postępowania: DA-ZP-252-37/17**

**formularz Szczegółowy oferty**

**Uwaga:**

W przedmiotowym postępowaniu Zamawiający dopuszcza zaoferowanie leków w opakowaniach innej wielkości, niż określona w siwz.

W takim przypadku Wykonawca jest zobowiązany podać zaoferowaną wielkość opakowania.

Ilość opakowań należy przeliczyć w następujący sposób: oferowaną ilość opakowań zaokrąglić do pełnego opakowania w górę.

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Alfacaldiolum 1mcg x 100tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 2 | Albendazol 400mg/20ml zaw.doustna 20ml |  | fl | 3 |  |  |  |  |  |
| 3 | Bisacodyl 10 mg x 5 supp |  | op | 700 |  |  |  |  |  |
| 4 | Phenylbutazone ung.5%-30g |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 5 | Phenylbutazone 250 mg x 5 supp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Clotrimazole 1% krem 20g |  | op | 510 |  |  |  |  |  |
| 7 | 325 mg siarczanu żelazowego (105mg jonów żelaza.) x 30tabl  o przedłużonym uwalnianiu |  | op | 250 |  |  |  |  |  |
| 8 | Heparin 30.000j krem 20g |  | op | 50 |  |  |  |  |  |
| 9 | Diazepam 2mg x 20tabl |  | op | 240 |  |  |  |  |  |
| 10 | Diazepam 5mg x 20tabl |  | op | 590 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Baclofen 10 mg x 50tabl |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 2 | Baclofen 25mg x 50tabl |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 3 | Captopril 12,5mg x 30 tabl |  | op | 120 |  |  |  |  |  |
| 4 | Maleinian enalaprilu 5mg x 60tabl |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 5 | Maleinian enalaprilu 10mg x 60tabl |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 6 | Maleinian enalaprilu 20mg x 60tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | Hydrochlorothiazide 25mg x 30 tabl |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 8 | Sodium bicarbonate 8,4% -20 ml x  10 amp |  | op | 700 |  |  |  |  |  |
| 9 | Metoclopramidum 10 mg/2ml x 5 amp |  | op | 2.500 |  |  |  |  |  |
| 10 | Metoclopramidum 10 mg x 50 tabl |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 11 | Sodium chloride 0,9% 5 ml x 100 amp  (plastik) |  | op | 240 |  |  |  |  |  |
| 12 | Sodium chloride 10% 10 ml x 100 amp (plastik) |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 13 | Acidum acetysalicylic S- 300 mg x  20 tabl |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 14 | Acidum acetylsalicylic 150 mg x  60 tabl doj. |  | op | 170 |  |  |  |  |  |
| 15 | Acidum acetylsalicylic 500 mg  x 20 tabl dojelitowe |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 16 | Sól sodowa omeprazolu 20 mg x 28 tabl |  | op | 3.200 |  |  |  |  |  |
| 17 | Opipramol 50 mg x 20 draż |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 18 | Metamizol 1g/2ml x 5 amp |  | op | 12.000 |  |  |  |  |  |
| 19 | Metamizol 2,5g/5 ml x 5 amp |  | op | 3.100 |  |  |  |  |  |
| 20 | Metamizol 500 mg x 12 tabl |  | op | 2.400 |  |  |  |  |  |
| 21 | Pyrentel 250mg x 3 tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 22 | Verapamil 40 mg x 20 tabl |  | op | 50 |  |  |  |  |  |
| 23 | Tinidazole 500 mg x 4 tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 24 | Ciprofloxacine 2mg/1ml – 50ml |  | fl | 400 |  |  |  |  |  |
| 25 | 23,75 mg bursztynianu metoprololu- tabletki o przedłużonym uwalnianiu x  28 tabl |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 26 | 47,50 mg bursztynianu metoprololu- tabletki o przedłużonym uwalnianiu x  28 tabl |  | op | 340 |  |  |  |  |  |
| 27 | Ketotifen syrop 100ml |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 28 | Calcii chloridum 10%-10ml x 10amp |  | op | 1110 |  |  |  |  |  |
| 29 | Ceftazidime 500mg |  | fiol | 300 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość**  **netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Calcium Resonium 300g |  | op | 23 |  |  |  |  |  |
| 2 | Natrii valproas 400mg/4ml proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań x 4 amp |  | op | 370 |  |  |  |  |  |
| 3 | Oxybutynin 5mg x 30tabl |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 4 | Isosorbide mononitrate 60mg x 30tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 5 | Spiramycin 1,5mln/j x 16 tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Tranexamic acid.500mg x 20tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 7 | Fexofenadina h/chl 180 mg x 20 tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 8 | Fexofenadina h/chl.120 mg x 10tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 9 | Clopidogrel 300mg x 30tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 10 | Natrii valpras 66,66mh+acidum valproicum 29,03mg saszetka 100mg op 30 sasz |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 11 | Milrinone 1mg/ml a’ 10ml x 10amp roztwór do wstrzykiwań dożylnych |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 12 | Vigabatrinum 500mg x 50 sasz |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 13 | Natrii valproes 333,30mg + acidum valproicum145,14mg- granulat o  przedłużonym uwalnianiu op x 30 sasz |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 14 | Natrii valproes 500,06mg + acidum valproicum 217,75mg- granulat o  przedłużonym uwalnianiu op x 30 sasz |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 15 | Natrii valproes 288,2mg/5ml syrop 150ml |  | fl | 6 |  |  |  |  |  |
| 16 | Doxazosin 1mg x 30tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 17 | Doxazosin 2mg x 30tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 18 | Doxazosin4mg x 30tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 19 | Roztwór insuliny identycznej z insuliną wytwarzaną przez organizm ludzki, do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu jednorazowym SOLOSTAR. Podawanie podskórne, a w wyjątkowych przypadkach  dożylne. Charakteryzuje się szybkim początkiem i krótkim okresem działania.  100jm/ml (co odpowiada 3,5 mg insuliny ludzkiej) a 3ml / opakowanie - 5 wstrzykiwaczy jednorazowych solostar |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 20 | Zawiesina do wstrzykiwań podskórnych we wstrzykiwaczu jednorazowym Solostar. Zawiera : 100 jm / ml (co odpowiada 3,5 mg insuliny ludzkiej) w tym 25% stanowi insulina ludzka izofanowa oraz 75% insulina krystaliczna protaminowa. Charakteryzuje się umiarkowanie szybkim początkiem i długim okresem działania. Opakowanie 5 wstrzykiwaczy jednorazowych Solostar po 3ml |  | op | 6 |  |  |  |  |  |
| 21 | Zawiesina do wstrzykiwań podskórnych we wstrzykiwaczu jednorazowym Solostar. Preparat insuliny izofanowej długo działającej o umiarkowanie szybkim początku działania.100jm/ml (co odpowiada 3,5 mg  insuliny ludzkiej). Opakowanie 5 wstrzykiwaczy jednorazowych Solostar po 3ml. |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 22 | Roztwór do wstrzykiwań insuliny glargine we wstrzykiwaczujednorazowym Solostar Analog długo działający 300j/ml.Podawane podskórnie.Opakowanie10 wstrzykiwaczy  jednorazowych Solostar po 1,5ml |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Acenocumarolum 4mg x 60tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 2 | Epinephrinum 0,1% 1mg/1ml x 10amp |  | op | 700 |  |  |  |  |  |
| 3 | Cetirizini dihydrochloridum 10mg x 30tabl |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 4 | Atropini sulfas.0,5mg/1ml x 10amp |  | op | 180 |  |  |  |  |  |
| 5 | Atropini sulfas.1mg/1ml x 10amp |  | op | 390 |  |  |  |  |  |
| 6 | Diphenhydramini hydroch.+ naphazolini nitra. gutt.do nosa 10ml |  | fl | 30 |  |  |  |  |  |
| 7 | Sulfamethoxazolum + trimethoprinum 480mg/5ml x 10amp |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 8 | Clemastinum 1mg/1ml x 5amp – 2ml |  | op | 90 |  |  |  |  |  |
| 9 | Digoxinum 0,5mg/2ml x 5amp |  | op | 250 |  |  |  |  |  |
| 10 | Dopamini hydrochl.1% -50mg/5ml x 10amp |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 11 | Dopamini hydrochl.4%-200mg/5ml x 10amp |  | op | 600 |  |  |  |  |  |
| 12 | Ephedrini h/chl.25mg/1ml x 10amp |  | op | 310 |  |  |  |  |  |
| 13 | Chlorpromazini h/chl.25mg/5ml x  5amp im |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 14 | Chlorpromazini h/chl.50mg/2ml x  10amp iv |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 15 | Midazolamum 50mg/10ml x 5amp |  | op | 1.100 |  |  |  |  |  |
| 16 | Midazolamum 15mg/3ml x 5amp |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 17 | Midazolamum 5mg/1ml x 10amp |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 18 | Heparinum natr.25.000j/5ml x 10amp |  | op | 150 |  |  |  |  |  |
| 19 | Kalii chloridum 15%-20ml x 10 fiol |  | op | 1.800 |  |  |  |  |  |
| 20 | Norepinephrini bitartas 1mg/1ml x 10amp |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 21 | Molsidominum 2mg x 30tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 22 | Molsidominum 4mg x 30tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 23 | Papaverini h/chl.40mg/2ml x 10amp |  | op | 500 |  |  |  |  |  |
| 24 | Antazolini mesylas.100mg/2ml x 10amp |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 25 | Propranololi h/chl.10mg x 50tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 26 | Propranololi h/chl.40mg x 50tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 27 | Propranololi h/chl.1mg/1ml x 10amp |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 28 | Diazepamum 10mg/2,5ml x 5 mikrowl. |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 29 | Phytomenadionum 10mg/1ml x 10amp |  | op | 400 |  |  |  |  |  |
| 30 | Norepinephrine 4mg/4ml x 5amp |  | op | 2.800 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Dobutamine 250mg/5ml |  | fiol | 2.200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Acetylcysteine 300mg/3ml x 5amp |  | op | 1.500 |  |  |  |  |  |
| 3 | Acetylcysteine 200mg x 20tabl |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 4 | Ferrum 100mg/2ml x 50amp im |  | op | 6 |  |  |  |  |  |
| 5 | Diclofaenac 50mg x 30tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 6 | Tabletka zawiera: 1g aluminii acetas tartras. x 6 tabl.rozpuszczalnych |  | op | 250 |  |  |  |  |  |
| 7 | Metildigoxin 100mcg x 30tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 8 | 50mg żelaza (III) ( ferri hydroxidum polymaltosum)5ml - syrop 100ml |  | fl | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 6**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 5% roztwór ludzkiej immunoglobuliny do podawania dożylnego wzbogacony we frakcji IgM-w ilości terapeutycznej(co najmniej 5mg/ml IgM)-10ml  możliwość stosowania u noworodków w ciężkich zakażeniach bakteryjnych jako leczenie wspomagające antybiotykoterapię |  | fl | 80 |  |  |  |  |  |
| 2 | 5% roztwór ludzkiej immunoglobuliny IgG,roztwór do infuzji dożylnej nie zawierający alkoholi-50ml |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | 5% roztwór ludzkiej immunoglobuliny IgG,roztwór do infuzji dożylnej nie zawierający alkoholi-20ml |  | fl | 40 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Amikacin 0,25g/2ml |  | fiol | 1.350 |  |  |  |  |  |
| 2 | Amikacin 0,5g/2ml |  | fiol | 4.600 |  |  |  |  |  |
| 3 | Amikacin 1g/4ml |  | fiol | 450 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 8**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ceftriakson 1g im. , iv. a' 10 szt  Bez ograniczeń wiekowych |  | op | 3.300 |  |  |  |  |  |
| 2 | Cefotaksym 1g im. , iv. a' 10szt  Bez ograniczeń wiekowych. |  | op | 200 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 9**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Cefuroxime axetil 250mg x 10tabl |  | op | 450 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 10**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Rifaksymina 200 mg x 28 tabl |  | op | 45 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 11**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Amoksycylina + kwas klawulonowy  1 g + 200mg a' fiol |  | fiol | 27.000 |  |  |  |  |  |
| 2 | Amoksycylina + kwas klawulonowy  500mg + 125 mg x 14 tabl |  | op | 700 |  |  |  |  |  |
| 3 | Amoksycylina + kwas klawulonowy  0,5g + 100mg a' fiol |  | fiol | 1.300 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 12**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Amoxicillin 0,5 g x 16 kaps |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 2 | Colistin 1 mln.jm x 20 fiol |  | op | 270 |  |  |  |  |  |
| 3 | Neomycin 250mg x 16 tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Neomycin aerozol 55ml |  | fl | 130 |  |  |  |  |  |
| 5 | Neomycin subst.10g |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Roxithromycin 150mg x 10 tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 7 | Streptomycin 1g |  | fiol | 60 |  |  |  |  |  |
| 8 | Cloxacillin 500mg x 16 tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 9 | Benzylpenicillin 1.000 000 j. |  | fiol | 100 |  |  |  |  |  |
| 10 | Cloxacillin 1g- fiol |  | fiol | 1.000 |  |  |  |  |  |
| 11 | Ampicillin + sulbactam 750mg im.iv |  | fiol | 100 |  |  |  |  |  |
| 12 | Doxycyclina 100mg/5ml x 10amp |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 13 | Clonazepam 1mg/ml x 10amp |  | op | 60 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 13**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Fentanyl TTS-50mcg/h x 5 plastrów |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 2 | Fentanyl TTS-25mcg/h x 5 plast. |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 3 | Morphine 10mg x 20tabl powlekane o zmodyfikowanym uwalnianiu |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 4 | Morphine 30mg x 20tabl powlekane o zmodyfikowanym uwalnianiu |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 5 | Morphine 60mg x 20kaps  o przedłużonym działaniu |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Morphine 100mg x 20 kaps  o przedłużonym działaniu |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 7 | Morphini sulf.0,1% spinal 1mg/1ml-2ml x 10amp |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 8 | Morphine 10mg/1ml x 10 amp |  | op | 1.200 |  |  |  |  |  |
| 9 | Morphine 20mg/1ml x 10 amp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 10 | Pentazocine 30mg/1ml x10amp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 11 | Fentanyl 0,5mg/10ml x 50amp |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 12 | Pethidine 100mg/2ml x 10amp |  | op | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 14**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Polidocanol 2% 2 ml x 5 amp |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 2 | Dexpanthenol 130g aerozol stosowany zewnętrznie |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 3 | Chloramphenicol 1% ung 5g |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 4 | Chloramphenicol 2% ung 5g |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 5 | Phosphates płyn – 150 ml |  | fl | 2.000 |  |  |  |  |  |
| 6 | Paracetamol 100ml syrop |  | fl | 50 |  |  |  |  |  |
| 7 | Carbetocin 100mcg/1ml x 5amp iv |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 8 | Pentoxyfyllinum 100mg x  60 tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 9 | Etamsylate 12,5% -2ml x 50amp |  | op | 430 |  |  |  |  |  |
| 10 | Immunoglobulins 250jm/ml x amp |  | amp | 30 |  |  |  |  |  |
| 11 | Thiamini h/chl. 25mg/ml x 10amp |  | op | 1.100 |  |  |  |  |  |
| 12 | Hydroxyzini h/chl.50mg/ml-2ml x 5amp roztwór do wstrzykiwań |  | op | 350 |  |  |  |  |  |
| 13 | Piridoxini h/chl.25mg/ml-2ml x 5amp roztwór do wstrzykiwań |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 14 | **250mg** liofilizowanych komórek drożdży.saccharomyces boulardii x 10 kaps |  | op | 90 |  |  |  |  |  |
| 15 | Mesalazine 500mg x 100tabl |  | op | 50 |  |  |  |  |  |
| 16 | Sól sodowa montelukastu 4mg  x 28tabl.do żucia |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 17 | Perazine 25mg x 50tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 18 | Thiogamma 600mg/50ml x  10amp |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 19 | 1% krople cetyzyzyna – 10ml |  | fl | 10 |  |  |  |  |  |
| 20 | Dieta cząstkowa będąca mieszaniną maltodekstryn,maltozy i glukozy nie zawiera laktozy.Osmolarność 97 mosmol/l  Bezglutenowa-proszek 400g (puszka) |  | szt | 2 |  |  |  |  |  |
| 21 | Chlorowodorek cyproheptadyny 4mg x 20tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 22 | Metformina tabletka o przedłużonym uwalnianiu 750mg x 60tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 23 | Metformina tabletka o przedłużonym uwalnianiu 500mg x 60tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 24 | Ibuprofen zawiesina dla niemowląt-100ml  (100mg/5ml) |  | fl | 60 |  |  |  |  |  |
| 25 | Chlorowodorek sertraliny 50mg x 28tabl.powl |  | op | 210 |  |  |  |  |  |
| 26 | Bisoprolol 2,5mg x 30tabl |  | op | 800 |  |  |  |  |  |
| 27 | Bisoprolol 10mg x 30tabl |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 28 | Diphenhydramini hudrochl.+ naphazoini nitra.10ml – krople do oczu |  | fl | 30 |  |  |  |  |  |
| 29 | Carvediol 3,125mg x 30tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 30 | Rysperydon 1mg x 20tabl |  | op | 4 |  |  |  |  |  |
| 31 | Chlorowodorek etylefryny 0,75% krople 15g |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 32 | Riluzole 50mg x 56 tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 33 | Bethamethasone dipropionate 4mg/ml x amp |  | amp | 30 |  |  |  |  |  |
| 34 | Azithromycinum 500mg x  5 fiol Proszek do sporządzenia roztworu do infuzji |  | op | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 15**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Aciclovir 200mg x 30 tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 2 | Diclofenac 50mg +0,2mg mizoprostolu x 20tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 3 | Diclofenac 75mg + 0,2mg Mizoprostolu x 20tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 4 | Azathioprine 50mg x 50tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | Clindamycin 2% krem vag.40g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 6 | Theophylline long 200mg x 30tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 7 | Theophylline long 300mg x 30tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 8 | Theophylline ret.150mg x 50tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 9 | Phenytoin 250mg/5ml x 5amp iv |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 10 | Glucagen 1mg Hypokit 1ml inj.+1ml rozp. |  | fiol | 60 |  |  |  |  |  |
| 11 | Chlortalidone 50mg x 20tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 16**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Metotrexate 2,5 mg x 100 tabl. |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 2 | Butamirate 1,5 mg/ml – 200 ml syrop |  | fl | 5 |  |  |  |  |  |
| 3 | Belladonna dry extract 1,5g x 10 supp doodbyt. |  | op | 120 |  |  |  |  |  |
| 4 | Benzydamine aerozol 30ml |  | fl | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | Distigmine bromie 5mg x  20 tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Sultamicillin 375mg x 12 tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 7 | Sulodexide F 600LSU/2ml x 10amp |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 8 | Sulodexide F 250j x 50 kaps |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 9 | Pridinol 5mg x 50tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 17**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Macrogols proszek 74g  x 48 sasz |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 2 | Galantamine 2,5mg/1ml x 10amp |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 3 | Betahistine 8mg x 100tabl |  | op | 250 |  |  |  |  |  |
| 4 | Solcoseryl 2ml x 25amp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 5 | Vinpocetine 10mg/2ml x 10amp |  | op | 150 |  |  |  |  |  |
| 6 | 3 miliardy żywych kultur bakterii lactobacillus rhamnosus GG w 1 kapsułce x 30 kaps**.Dla niemowląt i dzieci. !** |  | op | 320 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Nimodypine S 10mg/50ml |  | fiol | 50 |  |  |  |  |  |
| 2 | Nimodypine S 30mg x 100tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 3 | Acarbose 50mg x 30tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 4 | Acarbose 100mg x 30tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 19**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Silver sulfathiazole 2% krem 400g |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 2 | Calcitonin 100j/ml x 5amp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 3 | Suxamethonium chlor.200mg x 10 fiol |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dexamethasone sodium phosph.8mg/2ml  x 10amp |  | op | 300 |  |  |  |  |  |
| 5 | Promethazine 10mg x 20 draż |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Timonacic 100mg x 100tabl |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 7 | Hydrocortisone 1% krem 15g |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 8 | Hydrocortisone 100mg x 5 fl |  | op | 1.600 |  |  |  |  |  |
| 9 | Clonidine 75mcg x 50tabl |  | op | 120 |  |  |  |  |  |
| 10 | Maślan hydrocortyzonu 0,1% krem 15g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 11 | Maślan hydrocortyzonu 0,1% ung.15g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 12 | Lidocaina 2% żel “A” 30g |  | op | 700 |  |  |  |  |  |
| 13 | Lidocaina 2% żel “U” 30g |  | op | 650 |  |  |  |  |  |
| 14 | Maść zawiera: 0,02% trimetylooctanu flumetazonu i 3% kwasu salicylowego  -tuba 15g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 15 | Hydrocortisone 25mg x 5 fiol |  | op | 400 |  |  |  |  |  |
| 26 | Dnotivir krem 3% -3g |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 17 | Silver sulfathiazole 2% krem 40g |  | szt | 110 |  |  |  |  |  |
| 18 | Hydroxizine syrop 200ml |  | fl | 600 |  |  |  |  |  |
| 19 | Flucytosine 1% 250ml x 5 fl inj.doż |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 20 | Amitriptyline 10mg x 60 draż |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 21 | Amitriptyline 25mg x 60 draż |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 22 | Bisacodyl 5mg x 30 tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 23 | Ambroxol 30mg x 20 tabl. |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 24 | Metronidazol 250mg,  chlorchinaldol 100mg x  10 tabl.vag. |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 25 | Metoprolol 50mg x 30tabl |  | op | 750 |  |  |  |  |  |
| 26 | Nystatin 100.000j x  10 tabl.vag |  | op | 50 |  |  |  |  |  |
| 27 | Xylometazoline 0,05% – 10ml krople do nosa |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 28 | Ursodeoxycholic acid 300mg x 50 kaps |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 29 | Ursodeoxycholic acid 150mg x 50 tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 30 | Ranitidine 50mg/2ml x 5 fiol |  | op | 200 |  |  |  |  |  |
| 31 | Promazine 100mg x 60tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 32 | Promazine 50mg x 60tabl |  | op | 50 |  |  |  |  |  |
| 33 | Promazine 25mg x 60tabl |  | op | 50 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 20**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Caspofungin 50mg x fiol iv |  | fiol | 30 |  |  |  |  |  |
| 2 | Caspofungin 70mg x fiol iv |  | fiol | 6 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 21**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Środek kontrastowy niejałowy o stężeniu 370mg/ml wymaga się, aby preparat był dostepny w opakowaniach 50ml,100ml,150ml,200ml,500ml .Wymaga się ,aby cena jednego litra preparatu była stala dla każdej wielkości opakowania. |  | litr | 360 |  |  |  |  |  |
| 2 | Jopromide o stężeniu 300mg/ml.Wymaga się aby preparat był dostępny w opakowaniach o poj.20ml,50ml,100ml,500ml.Cena 1 litra preparatu powinna być stała dla każdej wielkości opakowania. |  | litr | 135 |  |  |  |  |  |
| 3 | Paramagnetyczny środek kontrastowy Gadobutrol 1 mmol/ml  Wymaga się aby preparat był dostępny w opakowaniach o poj. 7,5ml i 15ml |  | litr | 4,75 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 22**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Dieta kompletna, peptydowa, bezresztowa, klinicznie wolna od laktozy,  bezglutenowa, normokaloryczna (1kcol/ml) źródłem białka jest mieszanina krótkołańcuchowych peptydów i wolnych aminokwasów,niska zawartość tłuszczu(nie więcej niż 1,8g/100ml),zawiera 47% tłuszczy MCT,źródłem węglowodanów są maltodekstrany, osmolarność 455mOsm/l ,  płyn o pojemności 1000ml w opakowaniu miękkim typu pack |  | szt | 90 |  |  |  |  |  |
| 2 | Dieta kompletna pod względem odżywczym normalizująca glikemię, normokaloryczna (1kcal/ml) zawierająca 6 rodzajów błonnika, białka nie więcej niż 4,3g/ml i osmolarności nie wyższej niż 300 mOsm/l. % energii z: białka-17,2%źródłem białka jest wyłącznie soja, węglowodanów-43%, tłuszczów-37,8%. Opakowanie typu pack 1000ml |  | szt | 1.600 |  |  |  |  |  |
| 3 | Dieta bezresztkowa hiperkaloryczna (1,5 kcal/ml), zawierająca mieszankę białek w proporcji: 35% serwatkowych, 25% kazeiny, 20% białek soi, 20% białek grochu. Zawartość białka nie mniej niż 6g/100 ml; zawartość wielonienasyconych tłuszczów omega-6/omega-3 w proporcji 3,12; zawartość DHA+EPA nie mniej niż 34mg/100 ml. Dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów. % energii z: białka-16%, węglowodanów-48,9%, tłuszczów-35,1%. Opakowanie typu worek 1000ml |  | szt | 50 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dieta bezresztkowa normokaloryczna (1 kcal/ml), zawierająca mieszankę białek w proporcji: 35% serwatkowych, 25% kazeiny, 20% białek soi, 20% białek grochu. Zawartość białka nie mniej niż 4g/100; zawartość wielonienasyconych tłuszczów omega-6/omega-3 w proporcji 2,87; zawartość DHA+EPA nie mniej niż 33,5 mg/100 ml. Dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów. % energii z: białka-16%, węglowodanów-48,9%, tłuszczów-35,1%.Opakowanie typu butelka 500ml. |  | szt | 900 |  |  |  |  |  |
| 5 | Dieta kompletna, wysokobiałkowa, 7,5g białka/100ml , w oparciu o kazeinę i soję, z glutaminą minimum 1,6 g/100ml, hiperkaloryczna ( 1,28 kcal/ml), bogatoresztkowa z zawartością 6 rodzajów błonnika ( frakcje rozpuszczalne: guma arabska, inulina, fluktooligosacharydy i nierozpuszczalne: polisacharydy sojowe, oporna skrobia, celuloza), klinicznie wolna od laktozy, w opakowaniu miękkim typu worek 500 ml, |  | szt | 2.600 |  |  |  |  |  |
| 6 | Dieta normalizująca glikemię ,kompletna,  normokaloryczna 1kcal/ml,w postaci napoju mlecznego ,do leczenia żywieniowego drogą przewodu pokarmowego o pojemności.  Opakowanie 4 x 200ml |  | op | 190 |  |  |  |  |  |
| 7 | Dieta w postaci napoju mlecznego,kompletna pod względem odżywczym,hierkaloryczna nie mniej niż 2kcal/1ml,oparta na bialku kazeinowym,zawierająca nie mniej niż 9g białka/100ml, o osmolarności nie większej niż 790mOsm/l,bezglutenowa,wolna od laktozy . Opakowanie 4 x125ml |  | op | 750 |  |  |  |  |  |
| 8 | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym,normokaloryczna 1 kcal/1ml,  oparta wyłącznie na hydrolizacie serwatki,niskotłuszczowa poniżej 2g/100ml  bezresztkowa,bezglutenowa,wolna od laktozy,do podaży przez zgłębnik o pojemności 500ml |  | fl | 750 |  |  |  |  |  |
| 9 | Dieta doustna wspomagająca leczenie ran,  kompletna pod względem odżywczym,  hiperkaloryczna 1,28kcal/1ml,zawierajaca min.10g białka/100ml,o zawartości argininy min.1,5g/100ml,bezglutenowa,źródłem białka jest serwatka i kazeina-butelka .Opakowanie 4 x 200ml |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 10 | Dieta kompletna, wysokobiałkowa, 6,3g białka/100ml, źródłem białka jest kazeina, dieta z zawartością L-argininy postrzeganej jako immunomodulator i niezbędnej w wielu kluczowych procasach jak synteza kolagenu, czy produkcja hormonów, dieta z glutaminą 1,28 g/100ml oraz z zawartością 6 rodzajów karotenoidów, hiperkaloryczna ( 1,25 kcal/ml), bezresztkowa, klinicznie wolna od laktozy, o osmolarności 275 mOsmol/l, w opakowaniu miękkim typu pack o pojemności 1000ml |  | szt | 850 |  |  |  |  |  |
| 11 | Dieta bezresztkowa normokaloryczna (1 kcal/ml), zawierająca mieszankę białek w proporcji: 35% serwatkowych, 25% kazeiny, 20% białek soi, 20% białek grochu. Zawartość białka nie mniej niż 4g/100; zawartość wielonienasyconych tłuszczów omega-6/omega-3 w proporcji 2,87; zawartość DHA+EPA nie mniej niż 33,5 mg/100 ml. Dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów. % energii z: białka-16%, węglowodanów-48,9%, tłuszczów-35,1%.Opakowanie typu Pack 1000 ml |  | szt | 1.650 |  |  |  |  |  |
| 12 | Dieta bogatoresztkowa z zawartością 6 rodzajów błonnika; normokaloryczna (1 kcal/ml) zawierająca mieszankę białek w proporcji: 35% serwatkowych, 25% kazeiny, 20% białek soi, 20% białek grochu. Zawartość białka nie mniej niż 4g/100; zawartość wielonienasyconych tłuszczów omega-6/omega-3 w proporcji 2,87/100 ml; zawartość DHA+EPA nie mniej niż 33,5 mg/100 ml. Dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów. % energii z: białka-15,6%, węglowodanów-47,5%, tłuszczów-34%. Opakowanie typu Pack 1000 ml |  | szt | 160 |  |  |  |  |  |
| 13 | Dieta wspomagająca leczenie ran, bogatoresztkowa,wysokobiałkowa, oparta na białku kazeinowym i sojowym, normokaloryczna(1 kcal/ml), z zawartością argininy min. 0,85mg, glutaminy 0,96g/100 ml, kompletna, o osmolarności 315 mosmol/l, w opakowaniu miękkim typu pack 1000mlszt |  | szt | 1.000 |  |  |  |  |  |
| 14 | Dieta kompletna pod względem odżywczym o smaku waniliowym,normalizująca glikemię o niskim indeksie glikemicznym hiperkaloryczna(1,5cal/ml),  bogatobiałkowa (powyżej 20% enegii z białka),  oparta na mieszaninie białek sojowego i kazieiny w proporcjach 80:20,zawartość białka powyżej7,5g/100ml,  zawierająca 6 rodzajów błonnika rozpuszczalnego i nierozpuszczalnego(1,5g/100ml),obniżony współczynnik  oddechowy(powyżej 46% energii z tłuszczu),bez zawartości fruktozy o osmolarności 395mOsmol/l o poj.1000ml worek |  | szt | 400 |  |  |  |  |  |
| 15 | Prerarat do szybkiego zagęszczania płynów(napojów,pokarmów).Zawiera gumę ksantenowąi gumę guar oraz meltodekstrnyny.Nie zawieraskrobi.Wykazuje oporność na dzialanie amylozy co pozwala chronić przed aktywnościa tego enzymu.Produkt dedykowany pacjentom z dysfegią bezglutenowy nie zawiera laktozy-opa.puszka 175g |  | op | 30 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 23**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ferri hydroxidum dextranum 50mgFe(III)/ml-2ml x 5amp  -roztwór do wstrzykiwań i infuzji. |  | op | 570 |  |  |  |  |  |
| 2 | Chlorowodorek lidocainy 2% ( 20mg/ml)  a' 5ml roztwór do wstrzykiwań x 10amp |  | op | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 24**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Benzynum apteczna |  | litr | 120 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 25**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Cefoperazonum + sulbactaminum 1g |  | fl | 100 |  |  |  |  |  |
| 2 | Cefoperazonum + sulbactaminum 2g |  | fl | 700 |  |  |  |  |  |
| 3 | Methylprednisolone hemisuccinate 40mg/ml |  | fiol | 700 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dalteparin sodium 5000jm/0,2ml x 10ampstrz. |  | op | 850 |  |  |  |  |  |
| 5 | Dalteparin sodium 2500jm/0,2ml x 10ampstrz. |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 6 | Dalteparin sodium 7500jm/0,3ml x 10ampstrz. |  | op | 150 |  |  |  |  |  |
| 7 | Vericonazol 200mg x 20tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 8 | Voriconazol 200mg iv |  | fiol | 100 |  |  |  |  |  |
| 9 | Tygecyklina 50mg-proszek do sporządzania roztworu do infuzji  x 10 fiol |  | op | 35 |  |  |  |  |  |
| 10 | 100mg Anidulafunginy -proszek do sporządzania roztworu do infuzji. |  | fiol | 75 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 26**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Nadroparin calcium 2850jm/0,3ml x 10amp |  | op | 200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Nadroparin calcium 3800jm/0,4ml x 10amp |  | op | 1.000 |  |  |  |  |  |
| 3 | Nadroparin calcium 7600jm/0,8ml x 10amp |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 4 | Sól sodowa fondaparynuksu 2,5mg/0,5ml roztwór do wstrzykiwań x 10 ampułkostrzykawek |  | op | 30 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 27**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Eptyfibatyd 0,75mg/ml - 100ml roztwór do infuzji |  | fiol | 230 |  |  |  |  |  |
| 2 | Eptyfibatyd 2mg/ml -10ml roztwór do infuzji |  | fiol | 80 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 28**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Abciximabum 2mg/ml - 5ml  roztwór do wstrzykiwań lub infuzji |  | fiol | 40 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 29**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Roztwór pierwiastków śladowych dla dorosłych – 10ml |  | fiol | 1.650 |  |  |  |  |  |
| 2 | Witaminy rozpuszczane w wodzie 10ml |  | fiol | 350 |  |  |  |  |  |
| 3 | Witaminy rozpuszczane w tłuszczach dla dorosłych – 10ml |  | fiol | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Aminokwasy do dożylnego podawania z zawartością azotu 13,5g/l o osmolarności 810 mosmol/l – 500ml |  | fl | 40 |  |  |  |  |  |
| 5 | Aminokwasy do dożylnego podawania z zawartością azotu 18,0g/l o osmolarności 1130 mosmol/l – 500ml |  | fl | 100 |  |  |  |  |  |
| 6 | 20% roztwór dwupeptydu alanylo-glutaminy – 100ml |  | fl | 110 |  |  |  |  |  |
| 7 | Roztwór glikofosforanu sodu 20ml |  | fiol | 1.400 |  |  |  |  |  |
| 8 | Wodny 8% roztwór aminokwasów do podania dożylnego nie zawierający węglowodanów i elektrolitów – 500ml |  | fl | 40 |  |  |  |  |  |
| 9 | Emulsja tłuszczu na bazie oleju sojowego 20% -500ml |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 10 | Emulsja tłuszczu na bazie oleju sojowego 10% -500ml |  | fl | 40 |  |  |  |  |  |
| 11 | Roztwór pierwiastków śladowych dla wcześniaków ,noworodków i dzieci-10ml |  | amp | 110 |  |  |  |  |  |
| 12 | Kompletna dieta do żywienia dojelitowego,bogatobiałkowa-conajmniej 22% energii białkowej ,zawierajaca białko kazeinowe i hydrolizat białka pszenicy z glutamoną i argininą,ponad 50% tłuszczy MCT i ω – 3 kwasy tłuszczowe,bezresztkowe normokaloryczna 1 kcl/ml,o osmolarności do 270mosmol/l w worku o poj. 500ml |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |
| 13 | Preparat osoczozastępczy oparty na 4% zmodyfikowanej płynnej żelatyny- 500ml |  | fl | 500 |  |  |  |  |  |
| 14 | Hydroksyetyloskrobie 6% 130/04 na bazie skrobi kukurydzianej zawieszony w NaCl 0,9%-500ml butelka stojąca z 2 niezależnymi portami |  | fl | 820 |  |  |  |  |  |
| 15 | 6% hes 130/0,4 na bazie skrobi kukurydzianej roztworze zbilansowanym zawierajacym:  Cl,Na,Mg,K oraz octany  500ml w opakowaniu typu freeflex |  | szt | 50 |  |  |  |  |  |
| 16 | Glucosa 5% - 100ml  opakowanie : worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami |  | szt | 2.800 |  |  |  |  |  |
| 17 | 10% roztwór aminokwasu do żywienia pozajelitowego w niewydolności nerek - 250ml |  | szt | 120 |  |  |  |  |  |
| 18 | 10% emulsja wysoko oczyszczonego oleju rybiego - 50ml |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 19 | 20% Mieszanka emulsji tłuszczowej ,  tłuszcze LCT,MCT,olej z oliwek,olej rybi a' 100ml |  | fl | 50 |  |  |  |  |  |
| 20 | 3 komorowy worek ze sterylnymi portami do żywienia pozajelitowego zawierający: aminokwasy(12g azotu),15% oleju rybiego,olej sojowy,  MCT,olej z oliwek,węglowodany i elektrolity(1300kcal n.b) – 1477 ml |  | szt | 550 |  |  |  |  |  |
| 21 | 3 komorowy worek ze sterylnymi portami do żywienia pozajelitowego zawierający: aminokwasy(16g azotu),15% oleju rybiego,olej sojowy,  MCT,olej z oliwek,węglowodany i elektrolity(1800kcal n.b) – 1970 ml |  | szt | 120 |  |  |  |  |  |
| 22 | Trzykomorowy worek ze sterylnymi portami do żywienia pozajelitowego drogą żył obwodowych, zawierający 9,8 g azotu, 15% oleju rybnego, olej sojowy, MCT, olej z oliwek, węglowodany i elektrolity, o pojemności 1904ml, 1100 kcal n.b. - |  | szt | 50 |  |  |  |  |  |
| 23 | Trzykomorowy worek ze sterylnymi portami do żywienia pozajelitowego drogą żył obwodowych, zawierający 7,4 g azotu, 15% oleju rybnego, olej sojowy, MCT, olej z oliwek, weglowodany i elektrolity, o pojemności 1448 ml, 800 kcal n.b. - |  | szt | 50 |  |  |  |  |  |
| 24 | Kompletna dieta do żywienia dojelitowego, wysokokaloryczna 1,5 kcal/ml, bogatobiałkowa - **20% energii białkowej**, zawierająca białko kazeinowe i serwatkowe, tłuszcze MCT/LCT i ω-3 kwasy tłuszczowe, bezresztkowa, o osmolarności **300 mosmol/l**, w **worku zabezpieczonym samozasklepiającą się membraną** |  | | | | | | | |
| a) | poj. 500 ml |  | szt | 310 |  |  |  |  |  |
| b) | poj. 1000 ml |  | szt | 120 |  |  |  |  |  |
| 25 | Kompletna dieta do żywienia dojelitowego, **bogatobiałkowa – 27% energii białkowej, oparta na białku kazeinowym i hydrolizacie serwatki, o wysokiej zawartości ω-3 kwasów tłuszczowych, tłuszczy MCT i antyoksydantów, wysokokaloryczna 1,5 kcal/ml, bogatoresztkowa, o osmolarności do 340 mosmol/l, w worku zabezpieczonym samozasklepiającą się membraną**  poj.500ml |  | szt | 30 |  |  |  |  |  |
| 26 | Kompletna dieta do żywienia dojelitowego, normokaloryczna 1,2 kcal/ml, bogatobiałkowa, zawierająca białko kazeinowe i serwatkowe, **ω-3 kwasy tłuszczowe**, bogatoresztkowa, o osmolarności **345 mosmol/l, w worku zabezpieczonym samozasklepiającą się membraną** poj.1000 ml |  | szt | 400 |  |  |  |  |  |
| 27 | Specjalistyczna, kompletna dieta do żywienia dojelitowego, dla pacjentów z niewydolnością wątroby, **o smaku neutralnym, zawierająca 44% aminokwasów rozgałęzionych**, białko kazeinowe i sojowe, tłuszcze MCT, wysokokaloryczna 1,3 kcal/ml, bogatoresztkowa, **niskosodowa,o osmolarności 330 mosmol/l, w worku zabezpieczonym samozasklepiającą się membraną poj.500ml** |  | szt | 110 |  |  |  |  |  |
| 28 | Kompletna dieta specjalistyczna, wysokoenergetyczna, wzbogacona w aminokwasy rozgałęzione, zagęszczona i niskosodowa. Nie zawiera glutenu, klinicznie wolna od laktozy.  Do postępowania dietetycznego u osób z przewlekłą niewydolnością wątroby, zagrożonych niedożywieniem. poj.200ml |  | szt | 300 |  |  |  |  |  |
| 29 | Kompletna dieta wysokoenergetyczna (2 kcal/ml), przeznaczona do żywienia dojelitowego drogą doustną lub przez zgłębnik, o niskiej zawartości białka oraz elektrolitów, z EPA oraz DHA pochodzącymi z oleju rybnego. Zmodyfikowana pod względem zawartości węglowodanów, zawiera skrobię i izomaltulozę oraz błonnik. Nie zawiera glutenu, klinicznie wolna od laktozy, o niskiej zawartości sodu.Do postępowania dietetycznego w przewlekłej lub ostrej niewydolności nerek w okresie przeddializacyjnym u osób zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych.poj.200ml |  | szt | 150 |  |  |  |  |  |
| 30 | Niekompletna dieta wysokoenergetyczna (1,5 kcal/ml) w postaci napoju, przeznaczona do żywienia drogą doustną. Nie zawiera tłuszczu, błonnika oraz glutenu, klinicznie wolna od laktozy. Do postępowania dietetycznego u osób zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych, w szczególności z zaburzeniami wchłaniania tłuszczu i/lub zwiększonym zapotrzebowaniem na energię.  poj.200ml |  | szt | 60 |  |  |  |  |  |
| 31 | 3 komorowy worek do wkłucia centralnego o poj.493ml,zawierający:roztwór aminokwasów z tauryną(4g azotu),emulsje tłuszczową-19g(15% olej rybny,30% olej sojowy,30% MCT,25%olej z oliwek)węglowodany i elektrolity.Wartość energetyczna pozabiałkowa-450kcal.Nie zawiera kwasu glutaminowego. |  | szt | 120 |  |  |  |  |  |
| 32 | 3 komorowy worek do wkłucia centralnego o poj.986ml,zawierający:roztwór aminokwasów z tauryną(8g azotu),emulsje tłuszczową-38g(15% olej rybny,30% olej sojowy,30% MCT,25%olej z oliwek)węglowodany i elektrolity.Wartość energetyczna pozabiałkowa-900kcal.Nie zawiera kwasu glutaminowego. |  | szt | 50 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 30**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Filgrostin 0,48mg/0,5ml x  1 ampstrz. |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 2 | Jedna kapsułka zawiera :220mg skoncentrowanego ekstraktu z żurawiny wieloowocowej (25:1) co odpowiada 5500mg owocu żurawiny x 36 kaps |  | op | 50 |  |  |  |  |  |
| 3 | Norfloxacin 400mg x 20tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 4 | Salbutamol 0,1% -2,5mg/2,5ml płyn do inh.x 20 amp |  | op | 30 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 31**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Atorvastatinum 20mg x 30tabl |  | op | 400 |  |  |  |  |  |
| 2 | Atorvastatinum 40mg x 30tabl |  | op | 320 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 32**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Wchłanialny hemostatyk powierzchowny wykonany z naturalnej chemicznie oczyszczonej gąbki żelatynowej o jednorodnej porowatości.Zawartość 100% żelatyny wieprzowej.Nie rozpuszczalny w wodzie.Czas absorpcji 3-6 tyg. **rozm.8cm x 3cm** |  | szt | 200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Wchłanialny hemostatyk powierzchowny wykonany z naturanej chemicznie oczyszczonej gąbki żelatynowej o jednorodnej porowatości.Zawartość 100% żelatyny wieprzowej.Nie rozpuszczalny w wodzie.Czas absorpcji 3-6 tyg.  8cm x 5 cm x 1cm lub 7cm x 5cm x 1cm |  | szt | 400 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 33**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Cerebrolysinum 215,2mg/ml-10ml x 5amp |  | op | 2.200 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 34**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Koncentrat zespołu protrombiny-1 fiol a' 20ml  odpowiada 500jm  Skład: czynnik krzepnięcia : II;VII;IX;X  -białko C;S  Proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji + zestaw do transferu |  | fiol | 25 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 35**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Desfluran - 240ml |  | fl | 138 |  |  |  |  |  |

Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć nieodpłatnie **8 sztuk parowników**.

***Oferujemy następujące parowniki do zaoferowanego powyżej produktu leczniczego, które zostaną nieodpłatnie udostępnione na czas trwania umowy:***

***Typ: .............................................. Wytwórca: .............................................***

**Oświadczamy,** że zaoferowane w przedmiotowym postępowaniu parowniki są dopuszczone do obrotu i stosowania na terenie Rzeczpospolitej Polskiej oraz że dokumenty (deklaracje zgodności, certyfikat CE) potwierdzające ten fakt są w posiadaniu Wykonawcy i zostaną dostarczone zamawiającemu na każde jego życzenie.

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 36**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Eteksylan dabigatranu 110mg x 180 kaps.twarde |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 2 | Eteksylan dabigatranu 150mg x 180 kaps.twarde |  | op | 18 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 37**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Jodiksanol 320mg I/ml-roztwor do wstrzykiwań  fl.o poj.50ml , 100ml , 200ml |  | litr | 120 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 38**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ludzki rekombinowany czynnik krzepięcia krwi VIIa(rFVIIa)-2mg/fiolkę opakowanie zawiera -proszek w fiolce i rozpuszczalnik  + zestaw do wlewu |  | fiol | 6 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 39**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Spirytus Vini 70% skażony 0,5% hibitanem-1000ml |  | fl | 50 |  |  |  |  |  |
| 2 | Etanol 96%-1000ml |  | fl | 25 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 40**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Clemastine syrop 100ml |  | fl | 25 |  |  |  |  |  |
| 2 | Carbamazepine ret.300mg x 50tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 41**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 6% hydroksyetyloskrobia 130/0,42 zawieszona w roztworze elektrolitów zawierających jony:Na+K+Ca2+Mg2+Cl oraz octany i jabłczany |  | fl | 150 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 42**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Tramadole 50mg/1ml x 5amp |  | op | 3.010 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 43**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Fluconazole 2mg/1ml – 50 ml x 10 szt |  | op | 70 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 44**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Pentoxifylline 2% 100mg/5ml x 5amp |  | op | 250 |  |  |  |  |  |
| 2 | Pentoxifylline 2% 300mg/15ml x 10amp |  | op | 120 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 45**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Siarczan baru do badania przewodu pokarmowego konfekcjonowanego w kubkach o poj.200ml |  | szt | 120 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 46**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Potassium canrenoate 200mg/10ml x 10amp |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 2 | Midazolam 15mg x 100tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 3 | Immunoglobulins HBS 200j/2ml |  | amp | 25 |  |  |  |  |  |
| 4 | Glipizide 5mg x 30tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 5 | Levodopa 62,5mg (50mg +12,5mg) x 100kaps |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 6 | Levodopa 62,5mg (50mg +12,5mg) x 100tabl rozpuszczalnych |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | Levodopa HBS 125mg(100mg +25mg) x 100 kaps |  | op | 70 |  |  |  |  |  |
| 8 | Supp.Gliceroli 1g x 10 szt |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 9 | Supp.Gliceroli 2g x 10 szt |  | op | 160 |  |  |  |  |  |
| 10 | 100g maści zawiera:  wyciąg płynny z kłącza pięciornika-3g  ichtamol- 2g  borax-1g  zincum oxydatum-20g  ung.20g |  | op | 320 |  |  |  |  |  |
| 11 | Ung.Ichiolowa 20g |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 12 | Ung.Tranowa 20g |  | op | 500 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 47**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ornithine 5g/10ml x 10amp |  | op | 470 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 48**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ibandronic acid.3ml iv.(1ml zawiera 1mg)  x ampułkostrzykawka |  | fiol | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 49**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Piracetam 1,2g x 60tabl |  | op | 400 |  |  |  |  |  |
| 2 | Piracetam 20%-12g/60ml płyn |  | fl | 1.400 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 50**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 96% alkohol etylowy retyfikowany skażony benzoesanem deratonium oraz mieszaniną meku  opak. a' 5l |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 2 | Alkohol etylowy odwodniony 99,5% skażony alkoholem izopropylowym,alkoholem tetrbutylowym oraz benzoesanem deratonium opak. a' 5l |  | op | 40 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 51**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Parafina histologiczna do celów laboratoryjnych -temperatura topnienia 56-58°C |  | kg | 200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Parafina z woskiem -temperatura topnienia 56-58°C |  | kg | 200 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 52**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Denozumab-roztwór do wstrzykiwań 60mg/ml x ampułkostrzykawka |  | fiol | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 53**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Chlorowodorek wankomycyny 1g  Do podawania dożylnego i dojelitowego op a' 5 szt |  | op | 320 |  |  |  |  |  |
| 2 | Chlorowodorek wankomycyny 500 mg  Do podawania dożylnego i dojelitowego op.a' 5 szt |  | op | 560 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 54**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Cefuroksym 50mg x 10 fiol Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań.  Produkt przeznaczony do podania do komory przedniej gałki ocznej a' 10 fiol |  | op | 60 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 55**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Proszek do sporządzenia roztworu doustnego.  Saszetka -15,08g -zawiera :  Pikosiarczan sodu - 0,01g  Magnezu tlenek(lekki) - 3,5g  Kwas cytrynowy bezwodny - 10,97g  Potas 5 mmol(lub 195mg)  op.50sasz |  | op | 15 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 56**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Zofenoprilum calcium 30mg x 28tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 2 | Zofenoprilum calcium 7,50mg x 28tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 3 | Torasemide 20mg/4ml x 5amp |  | op | 150 |  |  |  |  |  |
| 4 | Lerkanidypina 20mg x 28tabl |  | op | 90 |  |  |  |  |  |
| 5 | Panckreatyna 25.000j x 20 kaps |  | op | 500 |  |  |  |  |  |
| 6 | Levothyroxine 100mcg x 50tabl |  | op | 130 |  |  |  |  |  |
| 7 | Levothyroxine 50mcg x 50tabl |  | op | 180 |  |  |  |  |  |
| 8 | Metformin 500mg x 30tabl |  | op | 850 |  |  |  |  |  |
| 9 | Heparin 1000iu/g-30g |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 10 | Dexketoprofen 50mg/2ml x 5amp |  | op | 2.000 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 57**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Allantoine puder- 50g |  | op | 300 |  |  |  |  |  |
| 2 | Alantoine puder – 100 g |  | op | 550 |  |  |  |  |  |
| 3 | Trimebutine 100mg x 100tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 4 | Trimebutine-granulki do przygotowania zawiesiny- 250ml |  | fl | 55 |  |  |  |  |  |
| 5 | Thiocodin x 20 tabl |  | op | 150 |  |  |  |  |  |
| 6 | Biperiden 5mg/1ml x 5amp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 7 | Collagenase maść 20g |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 8 | Haloperidol gutt. 10ml |  | fl | 350 |  |  |  |  |  |
| 9 | Nitrofural 0,2% maść 25g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 10 | Esmolol 100mg/10ml x 5amp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 11 | Methylprednisolone **Acetas** 40mg/ml  Zawiesina do wstrzykiwań |  | fiol | 410 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 58**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Gaziki do dezynfekcji(do oczyszczania i dezynfekcji skóry nasączony alkoholem-  2 propanol 70%) x 100 szt |  | op | 2.900 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 59**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Aqua pro inj. – 500ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 4.300 |  |  |  |  |  |
| 2 | Aqua pro inj. – 3000ml  do irygacji |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 1.200 |  |  |  |  |  |
| 3 | Dextran 10% -40.000j  -500ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 100 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dextran 6%-70.000j – 500ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 30 |  |  |  |  |  |
| 5 | Glucosa 10% - 250ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 3.700 |  |  |  |  |  |
| 6 | Glucosa 10% - 500ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 1.000 |  |  |  |  |  |
| 7 | Glucosa 10%-1000ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 400 |  |  |  |  |  |
| 8 | Glucosa 20% - 500ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 400 |  |  |  |  |  |
| 9 | Glucosa 5% - 500ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 22.000 |  |  |  |  |  |
| 10 | Glucosa 5%-250ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 5.600 |  |  |  |  |  |
| 11 | Glucosa 5%+NaCl 0,9%  1:1 – 250ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 1.500 |  |  |  |  |  |
| 12 | Glucosa 5%+NaCl 0,9%  1:1 –500ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 1.500 |  |  |  |  |  |
| 13 | Glucosa 5%+NaCl 0,9%  2:1- 250ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 400 |  |  |  |  |  |
| 14 | Glucosa 5%+NaCl 0,9% 2:1-500ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 400 |  |  |  |  |  |
| 15 | NaCl 0,9% - 3000ml  do irygacji |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 2.000 |  |  |  |  |  |
| 16 | NaCl 0,9% - 1000ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 2.300 |  |  |  |  |  |
| 17 | NaCl 0,9% - 500ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 70.000 |  |  |  |  |  |
| 18 | NaCl 0,9% - 250ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 55.000 |  |  |  |  |  |
| 19 | NaCl 0,9% - 100ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 100.000 |  |  |  |  |  |
| 20 | Płyn wieloelektrolitowy przeznaczony dla pacjentów pediatrycznych do stosowania od pierwszego dnia życia,zawierający w swoim składzie glucosę o stężeniu 1% -250ml |  | Butelka z dwoma niezależnymi  portami | 600 |  |  |  |  |  |
| 21 | Płyn Ringera – 500ml |  | worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 14.000 |  |  |  |  |  |
| 22 | Płyn Ringera lactate- 500ml |  | worek lub butelka z dwoma niezależnymi portami | 200 |  |  |  |  |  |
| 23 | Płyn wieloelektrolitowy – 500ml |  | Worek lub  butelka z dwoma niezależnymi portami | 92.000 |  |  |  |  |  |
| 24 | Mannitol 20%/15%-100ml |  | worek | 20.000 |  |  |  |  |  |
| 25 | Mannitol 20%/15%-250ml |  | worek | 3.000 |  |  |  |  |  |
| 26 | NaCl 0,9%-500ml |  | Butelka z ukręcanym motylkiem do przepłukiwania | 5.500 |  |  |  |  |  |
| 27 | Glicine 1,5%-3000ml roztwór do irygacji |  | worek | 100 |  |  |  |  |  |
| 28 | Glucosa 40% - 500ml |  | Butelka z dwoma  niezależnymi portami | 350 |  |  |  |  |  |
| 29 | Aqua do przepłukiwania w butelce z zakręcanym korkiem o poj. 500ml |  | fl | 11.000 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 60**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Płyn jelitowy zapobiegawczy-500ml |  | Butelka PE | 60 |  |  |  |  |  |
| 2 | Płyn żołądkowy - 500ml |  | Butelka PE | 2.100 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 61**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | worek dwukomorowy do zywienia pozajelitowego o pojemnosci 1000 ml , zawartosci energii ogólnej 900 kcal i energii niebiałkowej 700 kcal o osmolarnosci nie wyższej niz 1650 mOsm/litr; |  | szt | 80 |  |  |  |  |  |
| 2 | worek dwukomorowy do zywienia pozajelitowego o pojemnosci 1500 ml , zawartosci energii ogólnej 1350 kcal i energii niebiałkowej 1050 kcal o osmolarnosci nie wyższej niz 1650 mOsm/litr; |  | szt | 80 |  |  |  |  |  |
| 3 | worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 5,4 g i energia niebiałkowa 780 kcal, objętośc 1500 ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 144 |  | szt | 840 |  |  |  |  |  |
| 4 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 7,3 g i energia niebiałkowa 1040 kcal i energii całkowitej 1215 kcal, objętośc 2000 ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 142 |  | szt | 250 |  |  |  |  |  |
| 5 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 8,4 g i energia niebiałkowa 1320 kcal, objętośc 1500 ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 158 |  | szt | 90 |  |  |  |  |  |
| 6 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 11,2 g, energia niebiałkowa 1760 kcal i energii calkowitej 2030 kcal, objętości 2000 ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 157 |  | szt | 40 |  |  |  |  |  |
| 7 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 9,9 g i energia niebiałkowa 1560 kcal, objętośc 1500 ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 158 |  | szt | 40 |  |  |  |  |  |
| 8 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 13,2 g i energia niebiałkowa 2080 kcal, objętośc 2000 ml. Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 158 |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |
| 9 | Emulsja tłuszczowa 20% na bazie oleju sojowego ,oleju z oliwek zawierająca fosfolipidy jaja i glicerol – 100ml |  | szt | 350 |  |  |  |  |  |
| 10 | Roztwór aminokwasów dla wcześniaków,noworodków i małych dzieci bez elektrolitów 10%-100ml |  | szt | 450 |  |  |  |  |  |
| 11 | Roztwór aminokwasów i elektrolitów 10% - 500ml |  | szt | 30 |  |  |  |  |  |
| 12 | Roztwór aminokwasów i elektrolitów 12,5% - 500ml |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |
| 13 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie , zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 13- 13,5 g i energia całkowita 1550-1600, objętośc 1500 ml. Stosunek energii pozabiałkowej do azotu poniżej 100 |  | szt | 100 |  |  |  |  |  |
| 14 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego bez elektrolitów do podawania centralnie , zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 13,5 g i energia niebiałkowa 1260 kcal, objętośc 1500 ml. Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 93 |  | szt | 100 |  |  |  |  |  |
| 15 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie,zawierający aminokwasy,glukozę i emulsję tłuszczową(80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego).Zawartość azotu 6g i energia niebiałkowa 900kcal,objętość 1500ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 150. |  | szt | 100 |  |  |  |  |  |
| 16 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie,zawierający aminokwasy,glukozę i emulsję tłuszczową(80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego).Zawartość azotu 8g i energia niebiałkowa 1200kcal,objętość 2000ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 150. |  | szt | 100 |  |  |  |  |  |
| 17 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie,zawierający aminokwasy,glukozę i emulsję tłuszczową(80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego).Zawartość azotu 7g i energia niebiałkowa 960kcal,objętość 1000ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 137. |  | szt | 40 |  |  |  |  |  |
| 18 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie,zawierający aminokwasy,glukozę i emulsję tłuszczową(80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego).Zawartość azotu 10-10,5g i energia całkowita 1700-1750kcal,objętość 1500ml.  Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 130-140. |  | szt | 40 |  |  |  |  |  |
| 19 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie,zawierający aminokwasy,glukozę i emulsję tłuszczową(80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego).Zawartość azotu 14g i energia niebiałkowa 1920kcal,objętość 2000ml.Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 137. |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |
| 20 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie,  zawierający aminokwasy,glukozę i emulsję tłuszczową(80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego)Zawartość azotu 9g energia niebiałkowa 840kcal,objętość 1000ml.  Stosunek energii pozabiałkowej do azotu 93. |  | szt | 400 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 62**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Tracutil – 10ml |  | fl | 1.000 |  |  |  |  |  |
| 2 | Aminoplasmal Hepa 10% - 500ml |  | fl | 40 |  |  |  |  |  |
| 3 | Worek dwukomorowy do żywienia pozajelitowego o poj.1500ml zawierający roztwór aminokwasów; zawartość azotu 15g;energia całkowita 1860kcal do podaży drogą żył centralnych |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego o poj.1875ml, zawierający  72g aminokwasów glukozę,  emulsję tłuszczową MCT/LCT(50%/50%) zarejestrowany do podaży drogą żył centralnych |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego o poj.1875ml,  zawierający 60g aminokwasów  glukozę,emulsję tłuszczową MCT/LCT(50%/50%) zarejestrowany do podaży drogą żył obwodowych i centralnych |  | szt | 30 |  |  |  |  |  |
| 6 | Emulsja tłuszczowa MCT/LCT w stosunku 1:1 na bazie oleju sojowego 20%-250ml |  | szt | 40 |  |  |  |  |  |
| 7 | Emulsja tłuszczowa MCT/LCT w stosunku 1:1 na bazie oleju sojowego 10%-500ml |  | szt | 40 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 63**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Isosorbide mononitratae 50mg x 30tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 2 | Isosorbide mononitratae 75mg x 30tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 3 | Diltiazem 120mg x 30tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 64**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Witamina K-25 mikrogramów kapsułki otwierane "twist off" -30 kaps.Produkt przeznaczony do stosowania przez noworodki i niemowlęta karmione piersią. |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 2 | Calcium gluconicum 0,5g x 50tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Acid.ascorbin.100mg/10ml -40ml |  | fl | 25 |  |  |  |  |  |
| 4 | Tocopherol sol.300mg/ml -10ml |  | fl | 65 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 65**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Phenylephrine PDS 10%-10ml gutt.opht. |  | Butel | 90 |  |  |  |  |  |
| 2 | Tobramycyna + deksametason -5ml gutt.opht. |  | butel | 35 |  |  |  |  |  |
| 3 | Fluorescite 500mg/5ml x 10amp |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dorzolamide 2% -5ml gutt.opht. |  | butel | 40 |  |  |  |  |  |
| 5 | Lewofloksacyna 0,5%-5ml-gutt.opht |  | butel | 300 |  |  |  |  |  |
| 6 | Etabonian loteprednolu 0,5%-5ml gutt.opht. |  | butel | 5 |  |  |  |  |  |
| 7 | Gentamycini sulfas.0,3% gutt..opht.5 ml |  | op | 45 |  |  |  |  |  |
| 8 | Dexamethason 0,1% -5ml opht. |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 9 | Fludrokortyzon 0,1% -3g ung.opht. |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 10 | Pilocarpini h/chl.2% gutt.opht.  2 x 5ml |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 11 | Sulfacetamidum atrium.10% HEC gutt.opht.10ml |  | op | 90 |  |  |  |  |  |
| 12 | Tropicamidum 1% gutt.opht.  2 x 5ml |  | op | 170 |  |  |  |  |  |
| 13 | Erythromycin 0,5% ung.opht.3,5g |  | op | 140 |  |  |  |  |  |
| 14 | Timolol 0,25% gutt.opht. 5ml |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 15 | Timolol 0,5% gutt.opht. 5ml |  | op | 35 |  |  |  |  |  |
| 16 | Atropini sulfas.1% gutt.opht. 5ml |  | butel | 20 |  |  |  |  |  |
| 17 | Neomyc.+ gramicid + fludrocertisoni acetic. zawiesina 5ml |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 18 | 0,5% chlorowodorek moksyfloksacyny krople do oczu 5ml |  | butel | 30 |  |  |  |  |  |
| 19 | Dexpanthenol żel do oczu 10g |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 20 | 1 ml zawiesiny zawiera:  dexametason 1mg  siarczan neomycyny 3500jm  siarczan polimyksyny B 5000jm  gutt.opht.5ml |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 21 | Amikacin 0,3% gutt.opht.5ml |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 22 | Diclofenac 0,1% -5ml gutt.opht. |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 23 | Maść do oczu 1g maści zawiera 250jm Vit.A -tuba 5g |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 24 | Betaxolol 0,5% gutt.opht.5ml |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 25 | Troxerutin 50mg/ml -krople oczne 10ml |  | butel | 5 |  |  |  |  |  |
| 26 | Polisulfonian sodowy azapentacenu (phacolysin) 0,15mg.ml krople oczne 15ml |  | butel | 5 |  |  |  |  |  |
| 27 | Ofloxacin 0,3% gutt.opht.5ml |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 28 | Aciclovir 3% ung.opht.4,5g |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 29 | Brinzolamide 10mg/ml -5ml krople oczne |  | butel | 20 |  |  |  |  |  |
| 30 | Travoprost 40mcg/ml-2,5ml krople oczne |  | butel | 20 |  |  |  |  |  |
| 31 | Brymonidyna 2mg/ml krople oczne |  | butel | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 66**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Flunarizine 5mg x 30tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 2 | Tiagabine 10mg x 50tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Tiagabine 5mg x 50tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 4 | Estriol + Lactobacillus acidoph. x 12 tabl.vag. |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 5 | Cyclo 3 forte 150mg x 30 kaps |  | op | 45 |  |  |  |  |  |
| 6 | Valproic.acid. 300mg x 100 kaps |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | Valproic acid. syrop 100ml |  | fl | 25 |  |  |  |  |  |
| 8 | Loratadine syrop 125ml |  | fl | 2 |  |  |  |  |  |
| 9 | Loratadine 10mg x 60tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 67**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Fluoxetin 10mg x 28tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 | Bencyclane 100 mg x 60tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Lidocaina aerozol 10%-38g |  | fl | 120 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dysza rozpylająca zabezpieczona nasadką LDPE do aerozolu lidocainy 10% - aplikator |  | szt | 2.000 |  |  |  |  |  |
| 5 | Piracetam 400mg x 60tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 6 | Glyceryli trinitras aerosol 11g - 200dawek |  | fl | 35 |  |  |  |  |  |
| 7 | Povidone-jodine 10%-30ml płyn |  | fl | 3 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 68**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | NaCl 0,9%-1000ml  Butelka z korkierm gumowym z dwoma niezależnymi,równej wielkości portami kompetybilna z pompą ssąco-płuczącą firmy STORZ |  | szt | 240 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 69**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 5% roztwór wieloważnej Ig do podawania iv IgG co najmniej 95% ; IgA nie więcej niż 0,2mg/ml . Zawiera stabilizator maltozę.  poj.2,5mg/50ml |  | fl | 50 |  |  |  |  |  |
| 2 | 5% roztwór wieloważnej Ig do podawania iv IgG co najmniej 95% ; IgA nie więcej niż 0,2mg/ml . Zawiera stabilizator maltozę.  poj.5g/100ml |  | fl | 100 |  |  |  |  |  |

Wymagane rejestracje w leczeniu pierwotnych niedoborów odporności, w Zespole Guillaina -Barre´.

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 70**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 1 drażetka zawiera: 35mg wysuszonego,sproszkowanego soku z liści aloesu oraz 42mg suchego wyciagu z kory kruszyny–op 20 tabl |  | op | 500 |  |  |  |  |  |
| 2 | Matricaria Chamomilla 100 ml |  | fl | 10 |  |  |  |  |  |
| 3 | 1 tabl.zawiera:  Boldinum 1mg  aloe extractum sicum 23,6mg  op. a' 30 szt |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 4 | Aesculus Hippocastanum 20 mg x  90 tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | 1 tabletka zawiera:  -hippocastani seminis extractum siccum – 25mg  -rutosidum – 15mg  -aesculinum- 0,5mg  op.30 tabl. |  | op | 15 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 71**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Gąbka lecznicza wykonana z kolagenu.Substancje czynne:fibrynogen ludzki (5,5mg na cm²) i trombina ludzka(2,0 jm na cm²)  Inne składniki:kolagen koński,albumina ludzka,ryboflawina(E101),sodu chlorek,sodu cytrynian(E331) i L-argininy chlorowodorek.  Rozm. 9,5 x 4,8 x 0,5 |  | szt | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 72**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Lactulose syrop 150ml |  | fl | 1.500 |  |  |  |  |  |
| 2 | Lactobacillus x 50 amp  jedna ampułka zawiera minimum 2 MLD CFU pałeczek lactobaulus rhemnosus w tym 40% lactobaulus rhemnosus , 40% lactobaulus rhemnosusE/N,lactobaulus rhemnosus Oxy 20% |  | op | 350 |  |  |  |  |  |
| 3 | Benzyl benzoate 30% płyn 120ml |  | fl | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 73**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 1 gram zawiera:  Betametazon 0,5 mg,  clotrimazolum 10mg,  gentamycinum 1mg  krem 15g |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 | 1 gram zawiera:  Betametazon 0,5 mg,  clotrimazolum 10mg,  gentamycinum 1mg  maść 15g |  | op | 35 |  |  |  |  |  |
| 3 | Oczyszczony kolagen ze ścięgien wołowych, gentamycin 130mg-  gąbka -10cm x 10cm x 0,5cm |  | szt | 20 |  |  |  |  |  |
| 4 | Betamethasoni dipropionas  +Betamethasoni natri phosphas  6,43mg+2,63mg/ml x 5amp |  | op | 160 |  |  |  |  |  |
| 5 | Mometasome 0,1% maść 15g |  | op | 15 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 74**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Telmisartan 80mg x 28tabl |  | op | 120 |  |  |  |  |  |
| 2 | Naproxen 250mg x 50 tabl |  | op | 140 |  |  |  |  |  |
| 3 | Naproxen 500mg x 20 draż |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 4 | Ticlopidine 250mg x 60 tabl. |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 5 | Quetiapinum 25mg x 30tabl. |  | op | 1.600 |  |  |  |  |  |
| 6 | Quetiapinum 100mg x 60tabl |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 7 | Mianserin 10mg x 30tabl. |  | op | 150 |  |  |  |  |  |
| 8 | Formoterol 12 mcg x 60 dawek do inh. |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 9 | Losartan 50mg x 30tabl |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 10 | Rosuvastatinum 10mg x 28tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 11 | Rosuvastatinum 20mg x 28tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 12 | Rosuvastatinum 5mg x 28tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 13 | Nicergolin 10mg x 50tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 14 | Progesterone 50mg x 30 tabl.vag. |  | op | 150 |  |  |  |  |  |
| 15 | Progesterone 50mg x  30 tabl.pojęz. |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 16 | Amlodypine 5mg x 30tabl |  | op | 600 |  |  |  |  |  |
| 17 | Amlodypine 10mg x 30tabl |  | op | 400 |  |  |  |  |  |
| 18 | Levetiraetamum 250mg x 50tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 75**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Paracetamol rozt.doż.10mg/ml – 100ml x 10 fl |  | op | 1.200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Paracetamol rozt.doż.10mg/ml – 50ml x 10 fl |  | op | 110 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 76**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Fentanyl 0,1mg/2ml x 50amp |  | op | 330 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 77**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Azotan srebrowy 10mg/ml; 0,5ml krople do oczu x 50 pipet. |  | op | 4 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 78**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Pantoprazole 40mg iv x fiol |  | fiol | 28.000 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 79**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Nystatin pro susp.5g – 24ml |  | op | 200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Nystatin 500.000j x 16 draż |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Ascorbic acid.100mg x 50 draż |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 4 | Ascorbic acid 500mg/5ml x 10amp |  | op | 700 |  |  |  |  |  |
| 5 | Sulpiride 50mg x 24 kaps |  | op | 35 |  |  |  |  |  |
| 6 | Dimenhydrinate 50mg x 5 tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 7 | Calcium lactate gluconate x  12 tabl.mus. |  | op | 250 |  |  |  |  |  |
| 8 | Doxepin 10mg x 30 kaps |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 9 | Doxepin 25mg x 30 kaps |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 10 | Fenoterol 0,5mg/10ml x 15amp |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 11 | Bromhexine 8mg x 40tabl |  | op | 450 |  |  |  |  |  |
| 12 | Glucose 40%-10ml x 50amp |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 13 | L-asparaginian - L-ornityna 100mg + 35 mg choliny - op 80 szt |  | op | 130 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 80**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Płyn do stosowania na skórę narażoną na ucisk i otarcia - 100ml  Skład:butylene glycol,aqua,panthenol,  aesculus hippocastanum,chamomilla recutita,rosmarinus officinalis,  allantoin,mentha virdis |  | fl | 950 |  |  |  |  |  |
| 2 | Dializat z krwi cieląt-pasta do stosowania w jamie ustnej - pasta 5g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Dializat z krwi cieląt (1g maści zawiera 2,07mg dializatu)  5% ung 20g |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dializat z krwi cieląt- 10% żel 20g |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 5 | Dializat z krwi cieląt-10% żel do oczu 5g |  | op | 3 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 81**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Cisapride 10mg x 30 tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Cisapride 5mg x 30 tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 3 | Thiamine 3mg x 50tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 4 | Thiamine forte 25mg x 50 tabl |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 5 | Sodium chloride 4,15g x 15 sasz |  | op | 3 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 82**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Acid.folic 15mg x 30tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 | Spironolactone 100mg x 20 tabl |  | op | 160 |  |  |  |  |  |
| 3 | Sucralfate 1g x 50 tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 4 | Sucralfate zawiesina 250ml |  | fl | 40 |  |  |  |  |  |
| 5 | 1 tabl.zawiera 125 jonów magnezowych op. x 60 tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 6 | Pefloxacin 400mg x 10 tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 83**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | 1ml(ok.30 kropli) zawiera 15.000jm cholekalcyferolu -opakowanie 10ml |  | fl | 120 |  |  |  |  |  |
| 2 | Gabapentin 600mg x 100tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Budesonide Turbuh.-proszek do inh.200mcg/d-100 dawek |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 4 | Budesonide Turbuh.-proszek do inh.100mcg/d-200 dawek |  | op | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 84**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Sevoflurane – 250ml  butelka z materiału nietłukącego się |  | fl | 198 |  |  |  |  |  |

Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć nieodpłatnie **14 sztuk parowników.**

***Oferujemy następujące parowniki do zaoferowanego powyżej produktu leczniczego, które zostaną nieodpłatnie udostępnione na czas trwania umowy:***

***Typ: .............................................. Wytwórca: .............................................***

**Oświadczamy,** że zaoferowane w przedmiotowym postępowaniu parowniki są dopuszczone do obrotu i stosowania na terenie Rzeczpospolitej Polskiej oraz że dokumenty (deklaracje zgodności, certyfikat CE) potwierdzające ten fakt są w posiadaniu Wykonawcy i zostaną dostarczone zamawiającemu na każde jego życzenie.

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 85**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Bacitracin + siarczan neomycyny Ung.20g |  | op | 7 |  |  |  |  |  |
| 2 | Medroxyprogesterone 0,5g/3,3ml -inj |  | fiol | 25 |  |  |  |  |  |
| 3 | Heparinoids ung.40g |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 4 | Wyciąg suchy z koszyczka rumianku-0,05  Wyciąg suchy z janowca -0,02  Wyciąg suchy z kasztanowca – 0,02  Wyciąg suchy z pokrzyku wilcza jagoda – 0,02  Wyciąg suchy z pięciornika – 0,02  Wyciąg suchy z krwawnika -0,02  Benzocaina – 0,1  x 12 supp |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 5 | Lisinopril 10 mg x 28tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 6 | Lisinopril 5mg x 28tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | Pyridostigmine bromide 60mg x 150 draż |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 8 | Megestrol 40mg/ml – 240ml zawiesina |  | fl | 3 |  |  |  |  |  |
| 9 | 3% roztwór kwasu bornego a’ 200g |  | fl | 300 |  |  |  |  |  |
| 10 | Ofloxacin 200mg x 10 tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 11 | Fenoterol N aerozol 10ml -200dawek |  | fl | 30 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 86**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Desloratydyna syrop 60ml |  | fl | 25 |  |  |  |  |  |
| 2 | Desloratydyna 5mg x 30tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 3 | Mesalazine 1g x 28 supp |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | 15 tys.j.m. streptokinezy  1,25 tys.j.m. streptodornazy  supp. 2g - op.6szt |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 5 | Mieszanka nasyconych kwasów tłuszczowych,wyciąg  białkowyz drożdży,lecytyna,  vit.E,wosk pszczeli, olej sojowy,alkohol stearylowy,  chlorki wapnia,potasu i magnezu,glicerol monostearynowy,para-hydroxybenzoesan metylu i propylu,antyutleniacz BHT maść 30g |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 6 | Estradiol 2mg x 21 tabl.powl. |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 7 | Fenofibratum 267mg x 30szt |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 8 | Dimetindepine 0,1% krople 20ml |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 9 | Jałowy roztwór hydroksypropylometylocelulozy żel 30ml |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 10 | Carbacholi chlorid.0,01% -1,5ml x 12 fiol |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 11 | Phenytoin 100 mg x 60tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 12 | Streptokinase 1,5 mln.jm proszek do przygot.roztworu iv,im |  | fiol | 10 |  |  |  |  |  |
| 13 | Thioctic acid.600mg x 100tabl. |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 14 | Thiamazole 20mg x 50tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 15 | Topiramate 15mg x 60tabl |  | op | 4 |  |  |  |  |  |
| 16 | Lidocaine 2% - 50ml x 5 fiol |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 17 | Thiamini hydrochl.-50mg/ml+pyridoxini hydrochl.-50mg/ml +cyanocobalaminum 0,5mg/ml  -roztwór do wstrzykiwań  2ml x 5amp |  | op | 130 |  |  |  |  |  |
| 18 | Glikwidon 30mg x 50tabl |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 19 | Topiramate 100mg x 28tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 20 | Topiramate 25mg x 28tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 21 | Mesalazyna 1g x 50 sasz (2g)  granulat o przedłużonym uwalnianiu |  | op | 2 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 87**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Lactobacillus rhamnosus R0011,lactobacillus helveticus R0052 2 x 109 CFU w jednej kapsułce -opakowanie 60 kaps |  | op | 900 |  |  |  |  |  |
| 2 | Pseudoephedrine 60mg x 10 tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 3 | Benzydamine 240ml płyn |  | fl | 15 |  |  |  |  |  |
| 4 | Ipratropinum bromide 200 daw./10ml aeorozol |  | fl | 16 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 88**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Tianeptine sodium 12,5mg x  90 tabl |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 2 | Trimetazidine dihydrochloride 35mg x 90tabl o zmodyfikowanym uwalnianiu |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 3 | Peryndopryl arginine10mg x 90tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 4 | 5mg peryndoprylu z argininą,  1,25mg indapamidu x 90 tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 89**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Naproxen 250mg x 10 supp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 2 | Naproxen 500mg x 10 supp |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 90**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ranibizumab 2,3mg /0,23ml roztwór do wstrzykiwań – fiolka |  | fiol | 200 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 91**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Clindamycin 600mg/4ml x 5amp |  | op | 280 |  |  |  |  |  |
| 2 | Clindamycin 300mg/2ml x 5amp |  | op | 140 |  |  |  |  |  |
| 3 | Clindamycin 300mg x 16 kaps |  | op | 30 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 92**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Roztwór insuliny lispro do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu HUMAPEN otrzymywanej metodą rekombinacji DNA Ecoli każdy wkład zawiera 3ml roztworu co odpowiada 300jm  Sposób podawania-wstrzyknięcie podskórne,dożylne i przez pompę insulinową  Opakowanie - 5 wkladów + igły |  | op | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Zawiesina insuliny do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu HUMAPEN,każdy wkład zawiera 3ml zawiesiny co odpowiada 300jm insuliny.Mieszanina insuliny składająca się z 25% roztworu insuliny lispro i 75% zawiesiny proteminowej insuliny.Sposób podania-iniekcje podskórne.Opakowanie -5 wkładów + igła |  | op | 7 |  |  |  |  |  |
| 3 | Zawiesina insuliny do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu HUMAPEN.Każdy wkład zawiera 3ml zawiesiny co odpowiada 300jm insuliny.Mieszanina insuliny składająca się z 50% roztworu insuliny lispro i z 50% zawiesiny insuliny lispro protaminowej.  Sposób podawania-iniekcje podskórne.  Opakowanie -5 wkładów + igły |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 4 | Insulina ludzka (rDNA) o krótkim czasie działania do podowania we wstrzyknięciach podsórnych we wstrzykiwaczu HUMAPEN oraz we wstrzyknięciach domięśniowych jak i dożylnie.Jeden wklad do wstrzykiwacza zawiera 3ml roztworu wodnego insuliny co odpowiada 300jm insuliny rozpuszczonej.  Opakowanie-5 wkładów + igły |  | op | 16 |  |  |  |  |  |
| 5 | Insulina ludzka(rDNA) o pośrednim czasie działania do podawania we wstrzykiwaczu HUMAPEN .Jeden wklad do wstrzykiwacza zawiera 3ml zawiesiny co odpowiada 300jm insuliny izofenowej.  Sposób podawania:wstrzyknięcie  podskórenie jak i domięśniowe.  Opakowanie-5 wkładów + igły |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 6 | Insulina ludzka (rDNA) polączenie insuliny pośrednim czasie działania z insuliną krótkodziałającą do podawania we wstrzykiwaczu HUMAPEN.Jeden wklad do wstrzykiwacza zawiera 3ml zawiesiny co odpowiada 300jminsuliny dwufazowej w proporcjach 30% insuliny rozpuszczalnej i 70% insuliny izofanowej.Sposob podawania-wstrzyknięcia podskórne lub domięśniowe.Opakowanie - 5 wkładów + igły |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 7 | Roztwór do wstrzykiwań insuliny glargine we wstrzykiwaniu jednorazowym KwikPen.Analog długo działający 100jm/ml(co odpowiada 3,64 mg insuliny ludzkiej)Podawanie podskórne.Opakowanie-10 wstrzykiwaczy KwikPen po 3ml |  | op | 2 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 93**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Preparat mlekozastępczy początkowy z prebiotykami GOS/FOS,zawierający DHA -proszek 450g |  | op | 130 |  |  |  |  |  |
| 2 | Preparat mlekozastępczy początkowy zawierający hydrolizat kazeiny syrop glukozowy,tłuszcz roślinny substancje mineralne z dodatkiem priobiotyku LGG i lipilu(DHA i ARA) - proszek 400g(puszka) |  | op | 200 |  |  |  |  |  |
| 3 | Preparat mlekozastępczy następny zawierający hydrolizat kazeiny syrop glukozowy,tłuszcz roślinny substancje mineralne z dodatkiem priobiotyku LGG i lipilu(DHA i ARA)- proszek 400g(puszka) |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dodatek do mleka kobiecego przeznaczony do karmienia niemowląt z małą i bardzo małą urodzeniową masą ciała,zawiera zhydrolizowane białko(hydrolizat białek seratkowych i kazeinowych) proszek saszetki 2,15g x 50 szt |  | op | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 94**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Bupivacaina 0,5% -20ml x 5amp |  | op | 330 |  |  |  |  |  |
| 2 | Lidocaine 5% krem 30g |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 3 | Clomethicate 300mg x 100tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Esomeprazol sodowy-proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwania lub infuzji – 40mg x 10 fiol |  | op | 4 |  |  |  |  |  |
| 5 | Theophylline CR ret.250mg x 30tabl |  | op | 170 |  |  |  |  |  |
| 6 | Metoprolol 5mg/5ml x 5amp |  | op | 70 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 95**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Absorbent dwutlenku węgla,zawierający wapno sodowane(białe)z indykatorem zużycia .Stosowane w aparatach do znieczulenia ogólnego i w respiratorach.  opakowanie a' 5 litrów( 4,5kg) |  | op | 110 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 96**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Proszek do sporządzania zawiesiny doustnej.  Jedna kapsułka zawiera 1 x 109 (1 miliard)CFU  Lactobenillus rhamnosus LCR 35.Preparat  przeznaczony dla niemowląt i noworodków od pierwszych dni życia.Opakowanie 30 kaps |  | op | 35 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 97**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Imipenem/cilastatin 500mg + 500mg x 10 fiol  Proszek do sporządzania roztworu do infuzji |  | op | 300 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 98**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Alteplaza 20mg-proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji |  | fiol | 80 |  |  |  |  |  |
| 2 | Alteplaza 10mg-proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji |  | fiol | 40 |  |  |  |  |  |
| 3 | Alteplaza 50mg-proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji |  | fiol | 25 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 99**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Remifentanil 2mg |  | fiol | 500 |  |  |  |  |  |
| 2 | Remifentanil 5mg |  | fiol | 500 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 100**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Remifentanil 1mg |  | fiol | 600 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 101**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Deksmedetomidyna 100 mikrogramów/ml koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji -10ml op 4 amp |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 2 | Deksmedetomidyna 100 mikrogramów/ml koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji -2ml op 25 amp |  | op | 60 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 102**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Haloperidolum 1mg x 40 tabl |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 2 | Diclofenac 50mg x 10 supp |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 3 | Trandolapryl 0,5mg x 28tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Trandolapryl 2mg x 28tabl |  | op | 6 |  |  |  |  |  |
| 5 | 23,2mg Fe II w postaci glukonianu żelaza x 50tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Fenofibratum 215mg x  30 tabl.powl. |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 7 | Fenofibratum 160 mg x  30 tabl.powl. |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 8 | Wildagliptyna 50mg x 28tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 9 | Prasugrel 10mg x 28tabl.powl. |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 103**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Salbutamol 100 µg/dawkę inhalacyjną aerozol wziewny 200dawek |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 2 | Citalopramum 20mg x 28tabl |  | op | 90 |  |  |  |  |  |
| 3 | Clindamycin 150mg x 16 kaps |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 4 | Dimeticone gutt.5g |  | fl | 130 |  |  |  |  |  |
| 5 | 782mg jonów w postaci potasu cytrynianu i potasu wodorowęglanu  op.20 sasz. b/cukru |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 6 | Oxymetezoline 0,01% -5ml  krople do nosa |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 7 | Linagliptyna 5mg x 28tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 104**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Clarithromycin 500mg x fiol |  | fiol | 1.900 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 105**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Acidum boricum – subst. |  | g | 800 |  |  |  |  |  |
| 2 | Aminophyllinum – subst. |  | g | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Ammonium bromatum – subst. |  | g | 3000 |  |  |  |  |  |
| 4 | Anaesthesinum – subst. |  | g | 200 |  |  |  |  |  |
| 5 | Argentum nitricum – subst. |  | g | 300 |  |  |  |  |  |
| 6 | Bismuthum subcarbonicum-subst |  | g | 100 |  |  |  |  |  |
| 7 | Bismuthum subgallicum-subst. |  | g | 150 |  |  |  |  |  |
| 8 | Calcium carbonicum -subst. |  | g | 8000 |  |  |  |  |  |
| 9 | Calcium chloratum – subst. |  | g | 50 |  |  |  |  |  |
| 10 | Chloralum hydratum-subst. |  | g | 400 |  |  |  |  |  |
| 11 | Detreomycyna – subst. |  | g | 200 |  |  |  |  |  |
| 12 | Glucosum pulvis -subst. |  | kg | 1 |  |  |  |  |  |
| 13 | Hydrocortisonum-subst. |  | g | 200 |  |  |  |  |  |
| 14 | Jodum – subst. |  | g | 5 |  |  |  |  |  |
| 15 | Kalium bromatum – subst. |  | g | 5500 |  |  |  |  |  |
| 16 | Kalium chloratum – subst. |  | g | 100 |  |  |  |  |  |
| 17 | Kalium jodatum – subst. |  | g | 10 |  |  |  |  |  |
| 18 | Lignocaina h/chl.-subst. |  | g | 5 |  |  |  |  |  |
| 19 | Magnesium sulf.-subst. |  | g | 2000 |  |  |  |  |  |
| 20 | Mentholum -subst. |  | g | 100 |  |  |  |  |  |
| 21 | Natrium bicarbonicum – subst. |  | g | 2500 |  |  |  |  |  |
| 22 | Natrium benzoicum – subst. |  | g | 100 |  |  |  |  |  |
| 23 | Natrium tetraboricum – subst. |  | g | 7000 |  |  |  |  |  |
| 24 | Natrium bromatum – subst. |  | g | 5000 |  |  |  |  |  |
| 25 | Natrium chloratum – subst. |  | g | 1000 |  |  |  |  |  |
| 26 | Natrium citricum – subst. |  | g | 3000 |  |  |  |  |  |
| 27 | Nystatyna – subst. |  | g | 40 |  |  |  |  |  |
| 28 | Oleum menthae piper. 25ml |  | fl | 2 |  |  |  |  |  |
| 29 | Papaverinum h/chl.-subst. |  | g | 30 |  |  |  |  |  |
| 30 | Procainum h/chl.-subst. |  | g | 25 |  |  |  |  |  |
| 31 | Pyralginum – subst. |  | g | 3000 |  |  |  |  |  |
| 32 | Siropus Pini Compositus |  | g | 1000 |  |  |  |  |  |
| 33 | (Lactosa) Sacharum lactis – subst. |  | g | 200 |  |  |  |  |  |
| 34 | Talk-subst. |  | g | 9000 |  |  |  |  |  |
| 35 | Tinct.Valeriane a' 250ml |  | fl | 12 |  |  |  |  |  |
| 36 | Tinct.Adonis Vernalis |  | g | 3000 |  |  |  |  |  |
| 37 | Tinct.Convallariae |  | g | 3000 |  |  |  |  |  |
| 38 | Zincum oxydatum -subst. |  | g | 500 |  |  |  |  |  |
| 39 | Rywanol – subst. |  | g | 100 |  |  |  |  |  |
| 40 | Chlorheksydyny diglukonian  rozt. 20%- |  | g | 3000 |  |  |  |  |  |
| 41 | Tetrakaina – subst. |  | g | 20 |  |  |  |  |  |
| 42 | Kalium quajacolosulfonicum |  | g | 100 |  |  |  |  |  |
| 43 | Kalium hypermanganicum |  | g | 80 |  |  |  |  |  |
| 44 | Balsam Peruwiański a'100g |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 45 | Euceryna |  | kg | 38 |  |  |  |  |  |
| 46 | Gliceryna 85% |  | kg | 80 |  |  |  |  |  |
| 47 | Jodyna a’ 800 g |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 48 | Lanolinom anhydricum |  | kg | 4 |  |  |  |  |  |
| 49 | Maść cholesterolowa |  | kg | 35 |  |  |  |  |  |
| 50 | Oleum cacao a' 500g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 51 | Oleum Ricini a' 50ml |  | op | 4 |  |  |  |  |  |
| 52 | Paraffinum liquidum |  | kg | 80 |  |  |  |  |  |
| 53 | Spirytus Salicylowy |  | kg | 50 |  |  |  |  |  |
| 54 | Vaselinum album |  | kg | 110 |  |  |  |  |  |
| 55 | Carbo medicinalis a' 250g |  | op | 8 |  |  |  |  |  |
| 56 | Sulfur precipitatum a' 100g |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 57 | Luminalum acid. |  | g | 50 |  |  |  |  |  |
| 58 | Luminalum natrium |  | g | 25 |  |  |  |  |  |
| 59 | Ephedrinum h/chl. a' 10g |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 60 | Codeinum phosphoricum a' 10g |  | op | 12 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ..............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 106**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Spirytus camphoratus a' 800g |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 107**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Sugammadeks 100mg/ml-2ml x 10 fiol  -roztwór do wstrzykiwań |  | op | 6 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 108**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Rocuronium bromide 50mg/5ml x 10amp |  | op | 90 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 109**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ropivacaini hydrochloridum **2mg/ml-10ml** x 5amp |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 2 | Ropivacaini hydrochloridum **10mg/ml-10ml** x 5amp |  | op | 30 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 110**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Piperacillin + tazabactam 4,5g x 10 fiol |  | op | 80 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 111**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Methyldopa 250mg x 50 tabl |  | op | 130 |  |  |  |  |  |
| 2 | Miconazolum + malipredonum 20+2,5mg/g maść 15g |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 3 | Mesalazine 250mg x 100 tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Ketokonazol 200mg x 10tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 5 | Mebendazole 100mg x 6tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 112**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Początkowe mleko modyfikowane gotowe do spożycia w jednorazowych butelkach  o poj. 90ml |  | L | 200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Smoczek standard do początkowego mleka w butelkach z poz.1 |  | szt | 2223 |  |  |  |  |  |

**W przypadku zaoferowania innej pojemności należy przeliczyć ilość smoczków potrzebnych do butelek.**

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 113**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Mebeverine 135mg x 30tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 2 | Propylthiouracil 50mg x 90tabl |  | op | 4 |  |  |  |  |  |
| 3 | Dehydrogesterone 10mg x 20 tabl |  | op | 120 |  |  |  |  |  |
| 4 | Desmopresyna 4mcg/ml x 10 amp |  | op | 4 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 114**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Crotamiton 10% ung.40g |  | op | 100 |  |  |  |  |  |
| 2 | Crotamiton 10% płyn 100ml |  | fl | 200 |  |  |  |  |  |
| 3 | Terlipressin 1mg/8,5ml x 5amp |  | op | 170 |  |  |  |  |  |
| 4 | Aciclovir 400mg x 30tabl |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 5 | 1g zawiera : 10mg natemycyny,  10mg hydrocortysonu i 3,5 tys.jm neomycyny w postaci siarczanu-maść 15g |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 6 | Lamotrigina 25mg x 30tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 7 | Antytoksyna jadu żmij 500j. |  | fiol | 2 |  |  |  |  |  |
| 8 | Walsartan 80mg x 28tabl |  | op | 160 |  |  |  |  |  |
| 9 | Walsartan 160mg x 28tabl |  | op | 90 |  |  |  |  |  |
| 10 | Lacidipine 2mg x 28tabl |  | op | 5 |  |  |  |  |  |
| 11 | Lacidipine 4mg x 28tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 12 | Isoniazid 100mg x 250 tabl |  | op | 2 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 115**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Cytrynian kofeiny 20mg/ml a' 1ml x 10amp roztwór do infuzji i roztwór doustny |  | op | 40 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 116**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Dinoprostonum 500µg/3g -żel dopochwowy |  | szt | 15 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 117**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ondansetron 4mg/2ml x 5amp  Do podawania dożylnego i domięśniowego. |  | op | 410 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 118**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Atozyban 6,75mg/0,9ml roztwór do wstrzykiwań |  | fl | 15 |  |  |  |  |  |
| 2 | Atozyban 37,5mg/5ml koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji |  | fl | 115 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 119**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Aflibercept 40mg/ml,2mg roztwór do wstrzykiwań do ciała szklistego gałki ocznej |  | fl | 500 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 120**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Neostigmine 0,5mg/ml x 10amp |  | op | 370 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 121**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Lincomycin 600mg/2ml x amp im.iv |  | fiol | 300 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 122**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Urapidyl 100mg/20ml x 5amp |  | op | 100 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 123**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Misoprostol 200mcg x 5 dopochwowych systemów terapeutycznych |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ............................................................................…

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 124**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ibuprofen 5mg/ml-2ml x 4amp iv |  | op | 6 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 125**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Thiopental sodium 500mg x 50 fiol |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 2 | Thiopental sodium 1g x 50 fiol |  | op | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 126**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Oxycodoni hydrochloridum 5mg x  60 tabl.o przedłużonym uwalnianiu |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 2 | Oxycodoni hydrochloridum 10mg x  60 tabl.o przedłużonym uwalnianiu |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 3 | Oxycodoni hydrochloridum 20mg x  60 tabl.o przedłużonym uwalnianiu |  | op | 120 |  |  |  |  |  |
| 4 | Oxycodoni hydrochloridum 40mg x  60 tabl.o przedłużonym uwalnianiu |  | op | 80 |  |  |  |  |  |
| 5 | Oxycodoni hydrochloridum 80mg x  60 tabl.o przedłużonym uwalnianiu |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 6 | Oxycodoni hydrochloridum 10mg/ml x 10amp |  | op | 300 |  |  |  |  |  |
| 7 | Oxycodoni hydrochloridum 1mg/ml-250ml |  | fl | 120 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 127**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Zamknięty zestaw instylacyjny BCG szczep RIVM |  | kpl. | 200 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 128**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Cisatrucurium besylate 10mg/5ml x 5amp |  | op | 500 |  |  |  |  |  |
| 2 | Cisatrucurium besylate 5mg/2,5ml x 5amp |  | op | 150 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 129**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Mivacurium 20mg/10ml x 5amp |  | op | 110 |  |  |  |  |  |
| 2 | Mivacurium 10mg/5ml x 5amp |  | op | 90 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 130**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Fiolet gencjany 1% - 20ml roztwór spirytusowy |  | fl | 30 |  |  |  |  |  |
| 2 | Fiolet gencjany 1% - 20ml roztwór wodny |  | fl | 30 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 131**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Donepezylu chlorowodorek 10mg x 28tabl powlekane |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 2 | Donepezylu chlorowodorek 5mg x 28tabl powlekane |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 3 | Rivastigminum 1,5mg x 28 kaps.twarde |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Rivastigminum 3mg x 28 kaps.twarde |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | Rivastigminum 6mg x 28 kaps.twarde |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 6 | Ropinirolu chlorowodorek 2mg x 28 tabl o przedłużonym działaniu |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | Ropinirolu chlorowodorek 4mg x 28 tabl o przedłużonym działaniu |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 8 | Ropinirolu chlorowodorek 8mg x 28 tabl o przedłużonym działaniu |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 9 | Wenlafaksyna kapsułki o przedłużonym uwalnianiu 37,5mg x 28kaps |  | op | 2 |  |  |  |  |  |
| 10 | Wenlafaksyna kapsułki o przedłużonym uwalnianiu 75mg x 28kaps |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 11 | Wenlafaksyna kapsułki o przedłużonym uwalnianiu 150mg x 28kaps |  | op | 3 |  |  |  |  |  |
| 12 | Levofloxacinum 500mg x 10 tabl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| 13 | Clarithromycin 250 mg x 14 tabl |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 14 | Sulfasalazine 500mg x 50tabl |  | op | 60 |  |  |  |  |  |
| 15 | Sulfasalazine EN 500mg x 100tabl |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 16 | Cilazapril 5mg x 28tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 17 | Cilazapril 2,5mg x 28tabl |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 18 | Finasteridum 5mg x 30tabl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| 19 | Klarytromycyna 250mg/5ml granulat do sporządzenia zawiesiny o poj.60ml |  | fl | 10 |  |  |  |  |  |
| 20 | Klarytromycyna 125mg/5ml granulat do sporządzenia zawiesiny o poj.60ml |  | fl | 10 |  |  |  |  |  |
| 21 | Omeprazol 10mg x 28 kaps |  | op | 50 |  |  |  |  |  |
| 22 | Chlorowodorek temsulozyny 0,4mg  x 30 kaps kapsułki o  zmodyfikowanym uwalnianiu |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 23 | Thiethylpernazine 6,5mg/ml x 6amp |  | op | 630 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 132**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Idarucyzumab roztwór do infuzji 2,5g/50ml x 2 fiol |  | op | 1 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 133**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Etosuksymid 250mg x 100 kaps |  | op | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Ibuprofen 125mg x 10 supp |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 3 | Flutikazon 50mcg /120 daw. aerozol wziewny |  | op | 10 |  |  |  |  |  |
| 4 | Alginian magnezu,symetykon,fluktoza,guma ksentanowa,D-pentenol,węglan sodu,  wodorotlenek sodu,parahydroksybenzoesan metylu,parahydroksybenzoesan propylu,asomat naturalny,woda oczyszczona -butelka 200ml-syrop przeciwrefluksowy  dla dzieci i niemowląt |  | fl | 20 |  |  |  |  |  |
| 5 | 1ml kropli zawiera 150mcg kalcyfediolu  ( 1 kropla zawiera 5 mcg kalcifediolu) krople doustne -butelka 10ml |  | fl | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | Eplerenon 25mg x 30tabl.powl |  | op | 60 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 134**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Mykafungina 100mg proszek do sporządzania  roztworu do infuzji |  | fiol | 150 |  |  |  |  |  |
| 2 | Fidaksomycyna 200 mg x 20tabl powl. |  | op | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 135**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Glyceroli trinitras 10mg/10ml x 10 amp  roztwór do infuzji |  | op | 200 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 136**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Roztwór do wstrzykiwań insuliny ludzkiej szybko działającej 100jm/ml wkład 3ml. Podawanie podskórne za pomocą systemu podawania insuliny NovoPen 4 z igłami NovoFine lub Novo Twist.  Możliwość podawania dożylnego.  Jedno opakowanie stanowi 5 wkładów. |  | op | 170 |  |  |  |  |  |
| 2 | Zawiesina do wstrzykiwań insuliny ludzkiej (r DNA) długo działającej we wkładzie , 100 jm/ml a 3ml. Podawanie podskórne za pomocą systemu podawania insuliny NOVO PEN 4 z igłami NOVO-TWIST lub NOVO-FINE opakowanie 5 wkładów + igły |  | op | 30 |  |  |  |  |  |
| 3 | Zawiesina mieszaniny insuliny ludzkiej (rDNA) krótko działającej – rozpuszczalnej i insuliny długo działającej – insuliny izofanowej) w stosunku 30%/70%, podanie podskórne za pomocą systemu podawania insuliny NOVO PEN 4 z igłami NOVO-TWIST lub NOVO-FINE opakowanie 5 wkładów + igły |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 4 | Roztwór do wstrzykiwań analogu insuliny ludzkiej długo działającej (insulina detemir) – stosowana w leczeniu cukrzycy dorosłych, młodzieży i dzieci 6-17 lat. 100 jm/ml a 3ml. Podawanie podskórne. Opakowanie 10 wkładów + igły |  | op | 6 |  |  |  |  |  |
| 5 | Zawiesina analogowej mieszaniny insulinowej do wstrzykiwań, w której 30% stanowi rozpuszczalna insulina aspart oraz 70% insulina aspart krystalizowana z protaminą,- podanie podskorne 100 jm/ml a 3ml Opakowanie 10 wkładów + igły |  | op | 15 |  |  |  |  |  |
| 6 | Zawiesina analogowej mieszaniny insulinowej do wstrzykiwań, w której 50% stanowi rozpuszczalna insulina aspart oraz 50% insulina aspart krystalizowana z protaminą,- podanie podskorne 100 jm/ml a 3ml Opakowanie 10 wkładów + igły |  | op | 4 |  |  |  |  |  |
| 7 | Roztwór do wstrzykiwań analogu insuliny szybkodziałającej, stosowany w leceniu cukrzycy dorosłych, dzieci i młodzieży w wieku 2-17 lat. Podanie podskórne lub w ciągłym wlewie przy zastosowaniu pompy insulinowej.100 jm/ml. Opakowanie 10 wkładów + igły |  | op | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 137**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Thiamini h/chl.100mg/2ml x 100amp -możliwość podawania dożylnie i domięśniowo |  | op | 50 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 138**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań-100jednostek Allergan Toxinum  botulinicum typu A x 1 fiol |  | fiol | 10 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 139**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Ertapenem proszek do przygotowania koncentratu do sporządzenia roztworu do infuzji -fiol 1g |  | fiol | 100 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 140**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Theophyllinum inj.-250ml |  | Fl | 4.500 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 141**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Somatostatin 250 mcg inj. fiolka |  | fiol | 20 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 142**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Butelki apteczne z ciemnego szkła |  | | | | | | | |
| a) | -poj.100ml + nakrętki |  | szt | 1.500 |  |  |  |  |  |
| b) | -poj.200 ml + nakrętki |  | szt | 700 |  |  |  |  |  |
| c) | -poj.300 ml + nakrętki |  | szt | 800 |  |  |  |  |  |
| d) | -poj.500 ml + nakrętki |  | szt | 800 |  |  |  |  |  |
| e) | -poj.1.000 ml + nakrętki |  | szt | 200 |  |  |  |  |  |
| 2 | Pudełka apteczne do lekow recepturowych (maści) |  | | | | | | | |
| a) | - o poj. 50g |  | szt | 1.400 |  |  |  |  |  |
| b) | - o poj.100 g |  | szt | 1.800 |  |  |  |  |  |
| c) | - o poj.200 g |  | szt | 1.800 |  |  |  |  |  |
| 3 | Torebki recepturowe białe |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a) | - rozm.12 cm x 17 cm a' 100 szt |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| b) | - rozm.12 cm x 19 cm a' 100 szt |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 4 | Krążki pergaminowe o śred.12cm a' 100szt |  | op | 20 |  |  |  |  |  |
| 5 | Butelka sterylna 10ml+ nakrętka + zakreplacz |  | kpl | 300 |  |  |  |  |  |
| 6 | Jednorazowe nasadki filtracyjne gotowe do użycia,sterylne zawierające membranę z octanu celulozy wielkości porów 0,2 nanometra w obudowie.Pozwalające na sterylną filtrację roztworow oftalmicznych takich jak krople oczne. Obudowa posiada z obu stron końcowki luer do mocowania w strzykawce z jednej strony i ewentualnie igły z drugiej strony |  | kpl | 2 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: .............................................................................…

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*

**Pakiet nr 143**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa własna, dawka, wielkość opakowania** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | Kapsułki skrobiowe |  | | | | | | | |
| a) | Nr 2 a' 500 kpl |  | op | 40 |  |  |  |  |  |
| b) | Nr 4 a' 500 kpl |  | op | 25 |  |  |  |  |  |
| c) | Nr 6 a' 500 kpl |  | op | 50 |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

................................................................................

*/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*