

Formularz cenowy - zadanie nr 1

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Linezolidum	Linezolid Polpharma 600mg x 10tabl.powl.	5909991242718	Tabletki powlekane	600 mg	10	2	721,00 zł	1 442,00 zł	8%	1 557,36 zł	778,68 zł	2
2	Propylthiouracilum	Thyrosan 50mg x 90tabl.(9x10)	5907464420618	Tabletki	50 mg	20	4	43,26 zł	43,26 zł	8%	46,72 zł	46,72 zł	1
3	Natrii picosulfas + Magnesii oxidum leve + Acidum citricum	CitraFleet proz.d/sp.rozt.doust.x 2sasz	5909991076245	Proszek do sporządzania roztworu doustnego	(0,01 g + 3,50 g + 10,97 g)/saszetkę	2	6	52,16 zł	312,96 zł	8%	338,00 zł	56,33 zł	6
4	Dieta wspomagająca leczenie ran, niekompletna pod względem odżywczym, w proszku, wysokoenergetyczna, do podaży doustnej. Zawierająca zwiększoną ilość L-argininy, hydrolizat kolagenu, cynk w postaci chelatu Albion, oraz duże dawki witaminy A i C. Produkt bezglutenowy. Klinicznie wolny od laktozy. Saszetka 12,5g, 14 saszetek w kartoniku.	Arginilan14 saszetek cytrynowy	5901330088759	saszetka	12,5 g	14	48	62,64 zł	3 006,72 zł	8%	3 247,26 zł	67,65 zł	48

5	Dieta kompletna pod względem odżywczym, w proszku, wysokoenergetyczna, wysokobiałkowa, bezresztkowa, do podaży doustnej. Zawierająca trzy źródła białka - koncentrat białka serwatkowego, kazeinian wapnia oraz izolat białka serwatkowego. Źródłem węglowodanów są maltodekstryny kukurydziane. Źródłem tłuszczów są oleje roślinne LCT/MCT. Produkt bezglutenowy. Klinicznie wolny od laktozy. Saszetka 70g, 6 saszetek w kartoniku. Osmolarność 290 mOsm/l.	Nutramil® Complex Protein 6 saszetek różne smaki	5901330049057 5901330049040 5901330049033	saszetka	70,0 g	6	120	40,01 zł	4 801,20 zł	0%	4 801,20 zł	40,01 zł	120
6	Lauromacrogolum 400	Aethoxysklerol 1% inj.(10mg/ml) 5x2ml	5909990930524	Roztwór do wstrzykiwań	10 mg/ml	5 amp.	2	116,15 zł	232,30 zł	8%	250,88 zł	125,44 zł	2
7	Lauromacrogolum 400	Aethoxysklerol 2% inj.(20mg/ml) 5x2ml	5909990930616	Roztwór do wstrzykiwań	20 mg/ml	5 amp.	2	135,70 zł	271,40 zł	8%	293,11 zł	146,56 zł	2
8	Lauromacrogolum 400	Aethoxysklerol 3% inj.(30mg/ml) 5x2ml	5909990930715	Roztwór do wstrzykiwań	30 mg/ml	5 amp.	5	157,55 zł	787,75 zł	8%	850,77 zł	170,15 zł	5
9	Natrii valproas + Natrii hydroxidum + Acidum valproicum	Convulex syrop 50mg/ml 100ml /h/	5909990023912	syrop	50 mg/ml	1 op.a 100 ml	10	7,99 zł	79,90 zł	8%	86,29 zł	8,63 zł	10
Razem - Cena oferty									10 977,49 zł		11 471,59 zł		

Załącznik nr 2.2 do SWZ
Załącznik nr 1 do umowy LA.261.6.2.2023

Formularz cenowy - zadanie nr 2

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	CEFTRIAXONUM	Biotrakson inj. 1g x 1 fiolka	5909990079612	inj.	1 g	1 fiol.	25000	3,61 zł	90 250,00 zł	8%	97 470,00 zł	3,90 zł	25000
2	CEFTRIAXONUM	Biotrakson inj. 2g x 1 fiolka	5909991010119	inj.	2 g	1 fiol.	23000	5,77 zł	132 710,00 zł	8%	143 326,80 zł	6,23 zł	23000
Razem - Cena oferty									222 960,00 zł		240 796,80 zł		

Formularz cenowy - zadanie nr 3

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt posiada stabilność po rozpuszczeniu do 2 godzin, oraz możliwość przygotowania roztworu do infuzji z wykorzystaniem 0,9% roztworu chlorku sodu oraz/ i z wykorzystaniem 5% roztworu glukozy

5. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

6. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	IMIPENEMUM + CILASTATINUM	Imipenem/Cilastat. Aptaph. 500+500mg 10f/S	5909991392406	inj.-Proszek do sporządzania roztworu do infuzji	500 + 500 mg	10 fiolek	200	149,35 zł	29 870,00 zł	8%	32 259,60 zł	161,30 zł	200
Razem - Cena oferty									29 870,00 zł		32 259,60 zł		

Formularz cenowy - zadanie nr 4

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	CLARITHROMYCINUM	Clarithromycin Adamed 500mg prosz. 1fiol	5909991427801	inj.	500 mg	1fiol.	1000	20,09 zł	20 090,00 zł	8%	21 697,20 zł	21,70 zł	1000
Razem - Cena oferty									20 090,00 zł		21 697,20 zł		

Formularz cenowy - zadanie nr 7

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	DEXMEDETOMINIDUM	Dexmedetomidine EVERPh. 200mcg/2ml 5amp	5909991359614	koncentrat do sporz.roztw. do inf.	100 mcg/ml a 2 ml	5 fiol.lub amp.	50	13,55 zł	677,50 zł	8%	731,70 zł	14,63 zł	50
2	DEXMEDETOMINIDUM	Dexmedetomidine EVERPh. 400mcg/4ml 5amp	5909991435738	koncentrat do sporz.roztw. do inf.	100 mcg/ml a 4 ml	5 fiol.lub amp.	40	27,15 zł	1 086,00 zł	8%	1 172,88 zł	29,32 zł	40
3	DEXMEDETOMINIDUM	Dexmedetomidine EVERPh.1000mcg/10ml 5amp	5909991435721	koncentrat do sporz.roztw. do inf.	100 mcg/ml a 10 ml	5 fiol.lub amp.	400	68,00 zł	27 200,00 zł	8%	29 376,00 zł	73,44 zł	400
4	CELEBROLYSINUM	Cerebrolysin 215,2mg/ml 10ml x 5amp.	5909990813537	Roztwór do wstrzykiwań i infuzji	215,2 mg/ml	5 amp.a 10ml	450	107,00 zł	48 150,00 zł	8%	52 002,00 zł	115,56 zł	450
Razem - Cena oferty									77 113,50 zł		83 282,58 zł		

Załącznik nr 2.10 do SWZ
Załącznik nr 1 do umowy LA.261.6.10.2023

Formularz cenowy - zadanie nr 10

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op. według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	CIPROFLOXACINUM	Cipronex 2mg/ml rozt.d/inf. 100ml x 40fl	5909991423919	roztw. do infuzji	200mg/100ml	20szt	600	116,51 zł	34 953,00 zł	8%	37 749,24 zł	125,83 zł	300
2	CIPROFLOXACINUM	Cipronex 2mg/ml rozt.d/inf. 200ml x 20fl	5909991423902	roztw. do infuzji	400mg/200ml	20 szt	600	76,80 zł	46 080,00 zł	8%	49 766,40 zł	82,94 zł	600
Razem - Cena oferty									81 033,00 zł		87 515,64 zł		

Załącznik nr 2.11 do SWZ po zmianach
Załącznik nr 1 do umowy LA.261.6.11.2023

Formularz cenowy - zadanie nr 11

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Zamawiający wymaga aby ChPL leku w poz. 1 i 2 zawierała wskazania do stosowania w profilaktyce i leczeniu wymiotów pooperacyjnych oraz w profilaktyce wymiotów wywołanych stosowaniem cytostatyków

5. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

6. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS	Dexaven 4mg/1ml roztw. x 10amp.	5909990107728	inj.	4 mg/1 ml	10 amp.	4000	5,68 zł	22 720,00 zł	8%	24 537,60 zł	6,13 zł	4000
2	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS	Dexaven 8mg/2ml roztw. x 10amp.	5909990107711	inj.	8 mg/2 ml	10 amp.	4000	7,31 zł	29 240,00 zł	8%	31 579,20 zł	7,89 zł	4000
Razem - Cena oferty									51 960,00 zł		56 116,80 zł		

Formularz cenowy - zadanie nr 14

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	BUPIVACAINUM HYDROCHLORIDUM	Bupivacaine WZF Spinal0,5%Heavy 4mlx5amp	5909990634491	amp.	0,02g/4ml Spinal 0.5% Heavy	5 amp.	750	35,60 zł	26 700,00 zł	8%	28 836,00 zł	38,45 zł	750
Razem - Cena oferty									26 700,00 zł		28 836,00 zł		

Załącznik nr 2.15 do SWZ
Załącznik nr 1 do umowy LA.261.6.15.2023

Formularz cenowy - zadanie nr 15

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	ARGIPRESSIN	Empesin 40IU/2ml konc.d/sp.roztw.x5amp/h	5909991368548	koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji	40 IU/2 ml	5 amp.	28	1 184,50 zł	33 166,00 zł	8%	35 819,28 zł	1 279,26 zł	28
Razem - Cena oferty									33 166,00 zł		35 819,28 zł		

Załącznik nr 2.22 do SWZ po zmianach
Załącznik nr 1 do umowy LA.261.6.22.2023

Formularz cenowy - zadanie nr 22

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: reklamacje@salusint.com.pl

Lp.	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa oferowanego leku (Salus)	Kod EAN	Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jedn. brutto (Salus)	Ilość op. według nazwy handlowej (Salus)
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Roztwór cytrynianu trisodowego 4%	Citra-Lock S 4% 2,5ml x 2 amp.-strz.	8717931430739	roztwór w ampułko-strzykawce	2,5 ml	2 x 2,5ml	5000	8,90 zł	44 500,00 zł	8%	48 060,00 zł	9,61 zł	5000
Razem - Cena oferty									44 500,00 zł		48 060,00 zł		