**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Pakiet nr 1: Leki ogólnodziałające**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Adenosine 3mg/ml x 6fiol. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Amiodaroni hydrochloridum 50mg/ml 3ml x 6amp | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Clopidogrel 300mg X 30 tabl | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Clopidogrel 75mg X 28 tabl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Enoxaparinum natr. 100mg/1ml x10amp./strz. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Enoxaparinum natr. 40mg/0,4ml x 10amp/strz. | op. | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Enoxaparinum natr. 60mg/0,6ml x 10amp/strz. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Enoxaparinum natr. 80mg/0,8ml x10amp./strz. | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Glimepiride 4mg x 30tabl. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Isosorbide mononitrate 20mg x 60tabl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Natrii valproas+Valproic acid 0,2g+0,087g x30 tabl o przedł uwal | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Natrii valproas+Valproic acid 0,333g+0,145g x30 tabl o przedł uwal | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Polystyrene sulfonate 1,2g Ca²+/15g pr.do sporządzania zawies.doodbyt. 300GPolystyrene sulfonate 1,2g Ca²+/15g pr.do sporządzania zawies.doodbyt. 300G | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Valproic acid 288,2mg / 5ml 150ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Valproic acid 400mg. Op. 1 fiol. + rozpuszczalnik. Proszek do sporz. r-ru do wstrzykiwań | op. | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 2: Dobutamina**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Dobutaminum 0,25g proszek/ koncentrat do sporządzania r-ru do infuzji | fiol. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 3: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Acetylocysteina 200mg x 20tabl | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Acetylocysteina 600mg x 10 tabl. musuj. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Acetylocysteina 300mg/3ml x 5amp | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Aluminii acetotartras X 6tabl | op. | 125 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Clindamycinum 300mg x 16kaps | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Ferri hydroxydi polysomaltosum IM 2ML X 50AMP | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Ferri hydroxydi polysomaltosum SYROP 50MG/5ML 100ML | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Ferri hydroxydi saccharum 0,02g/ml 5ml x 5amp. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Ketoprofen 50mg x 20kaps | op. | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Ketoprofen 100mg/2ml x 10amp im/iv | op. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Amoksycylina 500mg + kwas klawulanowy 100mg inj. | fiol. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Amoksycylina 1000mg + kwas klawulanowy 200mg inj. | fiol. | 2400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Amoksycylina 500mg + kwas klawulanowy 125mg X 14tabl.powl. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Amoksycylina + kwas klawulanowy (0,4g+0,057mg) / 5ml 70ml zaw. | fl. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Pregabalin 75mg x 56tabl. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Pantoprazol 20mg x 28 tabl.dojel. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Ramiprilum 10mg x 28tabl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Ramiprilum 2,5mg x 28tabl. | op. | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Ramiprilum 5mg x 28tabl. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Anidulafungina 100 mg proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji | fiol. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 4: Kontrasty**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Iopromide 18,5g jodu/50ml a 10fiol. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Iopromide 37g jodu/100ml a 10fiol. | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Gadobutrol 1,0 10ml x 10fiol. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 5: Antybiotyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Teicoplaninum 400mg+ fiol rozp | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 6: Kontrasty**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Iohexol 350mg jodu/ml 100ml x 10 fiol. | op. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Iohexol 350mg jodu/ml 500ml x 6 fl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Acidum gadotericum 0,5mmol/ml 20ml x 10fiol. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Acidum gadotericum 0,5mmol/ml 50ml x 10fiol. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 7: Leki przeciwzakrzepowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ludzki kompleks protrombiny 500j.m. proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji | fiol. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 8: Płyny infuzyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Aqua pro iniectione 500ml sterylna butelka zakręcana do irygacji | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 9: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Umeklidyninum/trifenylooctan wilanterolu (55 + 22) µg / dawkę, pr.do inhal., op.30dawek | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Umekiclidyninum bromide 0,055mg, pr.do inhal., op. 30 dawek | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Olodaterol + tiotropium bromide (2,5µg + 2,5µg) / dawkę dostarczoną, inhalator 30dawek | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Diclofenacum natricum 50mg x 10supp | op. | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Diclofenacum natricum 75mg/3ml x 5amp. | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Prasugrel 10mg x 28tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Simeticon 40mg x 100kaps. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Simethicon 40mg/ml gtt. 30ml | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Ketoprofen żel 50g, 25mg/g | op. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Levothyroxinum natricum 0,025mg x 50tbl. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Levothyroxinum natricum 0,05mg x 50tbl. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Levothyroxinum natricum 0,1mg x 50tbl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Nebivolol 5mg x 28tabl. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Pancreatyna 25t.j. x 20kaps. | op. | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Lerkanidypina 10mg x 28tabl.powl. | op. | 31 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Lerkanidypina 20mg x 28tabl.powl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Metformin 0,5g x 90 tabl.powl. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Metformin 0,85g x 90 tabl.powl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Metformin 1g x 90 tabl.powl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Meropenem / Vaboractam 1g/1g pr.do sporz.konc.do infuzji x 6fiol. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Torasemid 5mg x 30tabl | op. | 270 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Torasemid 10mg x 30tabl | op. | 75 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Torasemid 20mg x 5amp. | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 10: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Argipressinum konc.do sporz.roztw.do infuzji 40IU/2ml x 5amp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Filgastrim 48mln j.m./0,5ml x 1amp/strz. | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Landiolol hydrochloride fiolka 300mg | fiol. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Metoprololi tartras 1mg/ml x 5amp. 5ml | op. | 95 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 11: Anestetyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Sevoflurane płyn wziewny w opakowaniu umożliwiającym zastosowanie w parownikach będących na wyposażeniu szpitala: (Posiadane aparaty do znieczuleń: 3szt - Aspire viev datex ohmeda REF: 1009-9212-000, 2szt. Drager Fabius GS REF: 8604-700-17; 1szt. Drager Medical AG80). Do wyboru zamawiającego butelka otwarta z załączonym adapterem lub butelka zamknięta ze zintegrowanym wlewem o pojemności 250 ml. Op. 6 szt. | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dzierżawa 6 szt parowników do preparatu zaoferowanego w poz. 1; | miesiąc | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 12: Anestetyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Desflurane płyn do inhal. 1mg/ml 240ml x 6fl. | op. | 28 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dzierżawa 2szt parowników do preparatu zaoferowanego w poz. 1; | miesiąc | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 13: Hydrożele**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Hydrożel do leczenia ran, zawierający polihexanid 0,1% i poloxamer 1%, Do oczyszczania i nawilżania powierzchni rany. Przetestowany dermatologiczne. Preparat o następujących wskazaniach do zastosowania: po zabiegach chirurgicznych, do pielęgnacji szwów pooperacyjnych, do opatrywania odleżyny oraz owrzodzeń żylnych, do opatrywania przewlekłe ran pourazowych, do oparzeń 1. i 2. stopnia. Usuwa i zapobiega powstawaniu biofilmu. Preparat przebadany zgodnie z EN 13624 warunki brudne (drożdże) oraz EN 13727 warunki brudne (bakterie) do 15 minut. Op. tuba 30g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Roztwór do płukania ran z atomizerem, zawierający polihexanid 0,1% i poloxamer 1%. Do oczyszczania i nawilżania powierzchni rany. Przetestowany dermatologiczne. Preparat o następujących wskazaniach do zastosowania: po zabiegach chirurgicznych, do pielęgnacji szwów pooperacyjnych, do opatrywania odleżyny oraz owrzodzeń żylnych, do opatrywania przewlekłe ran pourazowych, do oparzeń 1. i 2. stopnia. Usuwa i zapobiega powstawaniu biofilmu. Preparat przebadany zgodnie z EN 13624 warunki brudne (drożdże) oraz EN 13727 warunki brudne (bakterie) łącznie z MRSA) do 10 minut. Op. 250ml z atomizerem | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Maść do leczenia ran na bazie wyciągu z żywicy świerku norweskiego, zawierająca kwasy: abietynowy, pimarowy, palustrowy i lignany, glicerol. Stężenie substancji czynnych 10%. Op. 15g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 14: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Amantadini sulfas 200mg/500ml x 10fl. do wlewów i.v. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Amantadini 100mg x 30tabl.powl. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ornithine 0,5g/ml a 10ml x 10amp. | op. | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 15: Antybiotyki, insuliny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Amoksicillinum 0,5g x 16kaps. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ampicillin inj. 1g x 1fiol. | fiol. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ampicillin inj. 2g x 1fiol. | fiol. | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Clonazepam 0,5mg x 30tabl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Clonazepam 2mg x 30tabl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Clonazepamum 1mg/mlx10amp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Cloxacillin inj. 1g | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Colistinum 1mln jm x 20fiol. | op. | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Doxycyclinum 0,1g x 10kaps | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Doxycyclinum 0,1g x 10amp. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | INSULINA KRÓTKODZIAŁAJĄCA początek działania po 30min, max po 1-3h, całkowity czas dział. ok. 8h; zawiesina do wstrz. 100j.m./ml a 3ml wraz z kompl.igieł. Opakowanie a 5fiol. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | INSULINA O POŚREDNIM CZASIE DZIAŁANIA, początek dzałania po 1,5h, maximum dział. 4-12h, całkowity czas dział ok. 24h; zawiesina do wstrz. 100j.m./ml a 3ml wraz z kompletem igieł.Opakowanie a 5fiol. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | INSULINA O POŚREDNIM CZASIE DZIAŁANIA, 3 części insuliny w roztworze i 7 częsci insuliny izofanowej, początek dzałania po 30min, maximum dział. 2-8h, całkowity czas dział do. 24h; zawiesina do wstrz. 100j.m./ml a 3ml wraz z kompletem igieł.Opakowanie a 5fiol. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 16: Leki kardiologiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Gliclazidum tabl o zmod uwal 60mg x 90tabl. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Indapamid tabl. powl. o powolnym uwalnianiu 1,5mg x 108tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Perindopril 5mg x 90tabl. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Perindopril 10mg x 90tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Trimetazidini dihydrochloridum tabl o zmod uwal 35mg x 90tabl. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 17: Leki przeciwzakaźne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Cefepime 2g inj.x 10fiol. | fiol. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ciprofloksacyna roztwór do wlewów i infuzji 2mg/ml a 100ml. Op. 20fl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ciprofloksacyna roztwór do wlewów i infuzji 2mg/ml a 200ml. Op. 20fl. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Clindamycinum 600mg/4ml x 5amp. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Clindamycinum 300mg/2ml x 5amp. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Fluconazol r-r do infuzji 2mg/ml 100ml. X 10fl. | szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Levofloxacin 0,25g/50ml x 10fl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Levofloxacin 500mg/100ml x 10fl. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Linezolid r-r do wl dożyl 2mg/ml 300ml. X 10butelek | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Meropenem 1g inj. x 10fiol. Wymagana minimalna stabilność roztworu po rozpuszczeniu w 0,9% NaCl 3h w temp. 25°C. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Meropenem 0,5g inj. x 10fiol. Wymagana minimalna stabilność roztworu po rozpuszczeniu w 0,9% NaCl 3h w temp. 25°C. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Piperacillin 4g + tazobactam 0,5g pr.do sporządzania r-ru do infuzji x 10 fiol. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Piperacillin 2g + tazobactam 0,25g pr.do sporządzania r-ru do infuzji x 10 fiol. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Vancomycinum 1g proszek do sporządzania roztworu do infuzji i.v. i roztworu doustnego. | fiol. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Vancomycinum 0,5g proszek do sporządzania roztworu do infuzji i.v. i roztworu doustnego. | fiol. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 18: Leki przeciwzakaźne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Cefazolina 1g | fiol. | 8000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Cefotaksym 1g | fiol. | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Cefotaksym 2g | fiol. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Voriconazol proszek do inf.200mg x 1fiol. | fiol. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Voriconazol 200mg x 28tabl. powl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 19: Antybiotyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ceftriaxon 1g | fiol. | 3200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ceftriaxon 2g | fiol. | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Cefuroxym 0,75g do podawania od 1-go miesiąca życia \*wymagana jest możliwość przechowywania przygotowanego r-ru antybiotyku do 24H w temp. 2-8⁰C | fiol. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Cefuroxym 1,5g do podawania od 1-go miesiąca życia | fiol. | 4500 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 20: Żywienie dojelitowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Dieta wapomagająca leczenie ran, bogatoresztkowa, normokaloryczna (1-1,2 kcal/ml) oparta na białku mleka, zawierająca argininę, witaminy C i E, cynk. Całkowita zawartość białka 6,0g/100ml. osmolarność 315 -345 mOsm/l. % energii z: białka 20%,węglowodanów 47%, tłuszczów 30%. Op. 1000ml | op. | 48 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dieta do podawania przez zgłębnik, kompletna pod względem odżywczym, normalizująca glikemię, o niskim indeksie glikemicznym, hiperkaloryczna 1,5kcal/ml, bogatobiałkowa (20% energii z białka), zawartość białka 7,5 -7,7g/100ml), zaw.błonnika 1,5-2,3g/100ml). Osmolarność 395-450 mOsmol, Op. 1000ml | op. | 32 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dieta do podawania przez zgłębnik, kompletna pod względem odżywczym, normalizująca glikemię, o niskim indeksie glikemicznym, hiperkaloryczna 1,5kcal/ml, bogatobiałkowa (20% energii z białka), zawartość białka 7,5 -7,7g/100ml), zaw.błonnika 1,5-2,3g/100ml). Osmolarność 395-450 mOsmol, Op. 500ml | op. | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dieta kompletna pod względem odżywczym normalizująca glikemię, normokaloryczna (1kcal/ml), bogatoresztkowa, o osmolarność 280-345 mOsm/l.Opakowanie 1000ml | op. | 96 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Dieta kompletna pod względem odżywczym normalizująca glikemię, normokaloryczna (1kcal/ml), bogatoresztkowa, o osmolarność 280-345 mOsm/l.Opakowanie 500ml | op. | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Dieta bogatoresztkowa co najmniej 1,5g/100ml; normokaloryczna (1 kcal/ml) Zawartość białka 3,8-4g/100; zawartość DHA+EPA 30- 33,5 mg/100 ml. Op. 1000ml | op. | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Dieta bogatoresztkowa co najmniej 1,5g/100ml; normokaloryczna (1 kcal/ml) Zawartość białka 3,8-4g/100; zawartość DHA+EPA 30- 33,5 mg/100 ml. Op. 500ml | op. | 296 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Dieta bezresztkowa normokaloryczna (1 kcal/ml), zawierająca mieszankę białek m.in. kazeiny i soi. Zawartość białka 3,8/100ml; zawartość DHA+EPA 0,03g/100 ml. % energii z białka 15%, węglowodanów 55%, tłuszczów 30%. Op. 1000ml | op. | 256 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Dieta bezresztkowa normokaloryczna (1 kcal/ml), zawierająca mieszankę białek m.in. kazeiny i soi. Zawartość białka 3,8g/100ml; zawartość DHA+EPA 0,03g/100 ml. % energii z białka 15%, węglowodanów 55%, tłuszczów 30%. Op. 500ml | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Dieta bezresztkowa hiperkaloryczna (1,5kcal/ml), zawierająca białko mleka (kazeina, serwatka). Zawartość białka 5,6g/100 ml; zawartość DHA+EPA 0,05g/100 ml. % energii z białka 15%, węglowodanów 50%, tłuszczów 35%. Op. 500ml | op. | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Dieta peptydowa, normokaloryczna (1kcal/ml),źródło białka – hydrolizat serwatki; zawierająca łańcuch tłuszczu MCT i osmolarności 300-455 mOsm/l. Op. 1000ml. | op. | 32 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Dieta peptydowa, normokaloryczna (1kcal/ml),źródło białka – hydrolizat serwatki; zawierająca łańcuch tłuszczu MCT i osmolarności 300-455 mOsm/l. Op. 500ml. | op. | 225 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dieta hiperkaloryczna 1,25 -1,5kcal/ml, bogatobiałkowa 6,3 -7,5g /100 ml, Zawiera argininę, EPA i DHA. Oosmolarność 275-300 mOsm/l. Op. 1000ml | op. | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Dieta kompletna,wysokobiałkowa dla krytycznie chorych pacjentów, hiperkaloryczna 1,28 - 1,5 kcal/ml. Zawierająca 7,5 - 10g/100 ml białka, 1,2-1,5g błonnika/100 ml . Osmolarności nie wyższej niż 270-340 mOsm/l. Op.typu pack 500ml | szt. | 104 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | 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. Op.typu pack 500ml | szt. | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Suplement białka - białko serwatki w proszku. Proszek rozpuszczalny, nie zawiera glutenu oraz błonnika, klinicznie wolny od laktozy. Op. 300g | op. | 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Zestaw grawitacyjny do podawania diet komparybilny z zaproponowanymi opakowaniami | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Zestaw do podawania diet dojelitowych przez pompę kompatybilny z zaoferowanymi dietami i pompą | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Dzierżawa pompy do żywienia dojelitowego; zakres ustawień objętosci min:1-5000ml; zakres ustawień prędkości min:1-600ml/h; Oprogramowanie pompy w języku polskim lub z zastosowaniem symboli, instrukcja obsługi w języku polskim. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 21: Żywienie dojelitowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Płynny preparat żywieniowy do podaży przez zgłębnik, kompletny pod względem odżywczym, normokaloryczny (1kcal/ml), bogatoresztkowy, zawierający mieszaninę 6 rodzajów błonnika, wysokobiałkowy (o zawartości białka 5,5 g/100 ml ), zawierający argininę, vit.C i E, cynk, przyspieszający gojenie ran, nie zawiera glutenu i laktozy, pojemność 1000 ml | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Płynny preparat żywieniowy do podaży przez zgłębnik dla krytycznie chorych, kompletny pod względem odżywczym, hiperkaloryczny (1,28 kcal/ml), bogatoresztkowy, wysokobiałkowy o zawartości białka 7,5g/100ml i glutaminy min 1,6 g/100ml, zawierający 6 naturalnych karotenoidów (0,25 mg/100ml), węglowodany powyżej 15g/100ml, a tłuszcz powyżej 3,5g/100ml. Op. 500 ml | op. | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Płynny preparat żywieniowy do podaży przez zgłębnik dla krytycznie chorych, kompletny pod względem odżywczym, wysokobiałkowy, zawartość białka 10g/100ml (serwatka, kazeina, groch, soja), węglowodany 10,4g/100ml, tłuszcze 4,9g/100ml, hiperkaloryczny (1,26 kcal/ml), bezresztkowy, bez zawartości laktozy (<0,025g/100ml), % energii z białka 32%, węglowodanów 33%, tłuszczu 35%, o osmolarności 275 mOsmol/l, pojemność 500 ml | op. | 274 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Płynny preparat żywieniowy do podaży przez zgłębnik, kompletny pod względem odżywczym, normokaloryczny (1 kcal/ml), oligopeptydowy, bezresztkowy, wskazany do żywienia u chorych z zaburzeniami trawienia i wchłaniania białek, tłuszczów np.: w ostrym zapaleniu trzustki, resekcji jelit, pojemność 500 ml | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Płynny preparat żywieniowy do podaży przez zgłębnik, kompletny pod względem odżywczym, normalizujący glikemię, o niskim indeksie glikemicznym, hiperkaloryczny (1,5 kcal/1ml), bogatobiałkowy (powyżej 20% energii z białka), oparty na mieszaninie białek sojowego 40% i kazeiny 60%, zawartość białka 7,7g/ 100 ml, zawierający 6 rodzajów błonnika rozpuszczalnego i nierozpuszczalnego w proporcjach 80:20, zawartość błonnika 1,5g/100ml, obniżony współczynnik oddechowy ( powyżej 46% energii z tłuszczu), dieta z zawartością oleju rybiego, klinicznie wolna od laktozy, bez zawartości fruktozy, która jest niekorzystna u diabetyków, o osmolarności 395 mOsmol/l, pojemności 1000 ml | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 22: Żywienie dojelitowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, wysokoenergetyczna (1,55 kcal/ml), wysokobiałkowa (9,6 g/100 ml, 25% energii z białka), z dodatkiem rozpuszczalnego błonnika PHGG (2,2 g/100 ml). Białka: białka mleka - kazeina i hydrolizowane białko serwatkowe. Tłuszcz: olej rzepakowy, olej słonecznikowy, trójglicerydy średniołańcuchowe (MCT), olej rybi. Zawiera EPA (90 mg/100 ml), DHA (60 mg/100 ml). Węglowodany: maltodekstryna. Błonnik: rozpuszczalny błonnik PHGG - częściowo hydrolizowana guma guar. Odpowiedni powyżej 3. roku życia. Osmolarność 335 mOsm/l. Płyn, butelka Smartflex 500 ml. Smak: neutralny. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, dieta peptydowa, wysokoenergetyczna (1,5 kcal/ml), wysokobiałkowa (9,4 g/100 ml, 25% energii z białka), 52% tłuszczów stanowią kwasy tłuszczowe MCT, bezresztkowa. Białko: częściowo hydrolizowane białko serwatkowe. Tłuszcz: trójglicerydy średniołańcuchowe (MCT), olej sojowy, olej rybi. Węglowodany: maltodekstryna. Odpowiedni dla osób dorosłych. Osmolarność 425mOsm/l. Płyn, butelka Smartflex 500 ml. Smak: neutralny. | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | dieta kompletna pod względem odżywczym, dieta peptydowa, normokaloryczna (1 kcal/ml), wysokobiałkowa (9,3 g/100 ml, 37% energii z białka), 50% tłuszczów to MCT, niska zawartość węglowodanów (7,3 g/100 ml), niski indeks glikemiczny (IG=25), bezresztkowa. Białko: częściowo hydrolizowane białko serwatkowe. Tłuszcz: trójglicerydy średniołańcuchowe (MCT), olej rybi, olej rzepakowy i słonecznikowy. 50% tłuszczów stanowią kwasy tłuszczowe MCT. Węglowodany: maltodekstryna. Odpowiedni tylko dla osób dorosłych. Osmolarność 278mOsm/l. Płyn, butelka Smartflex 500 ml. Smak: neutralny. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 23: Antybiotyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Albuminum humanum 20% 50 ml | fiol. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 24: Leki przeciwzakrzepowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ticagrelol 90mg x 56tabl.ulegaj.rozpad.w jamie ustnej. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 25: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Lactulosa 9,75g/15ml 1L | fl. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 26: Anestezjologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ropivacaina 2mg/ml 10ml x 5amp | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ropivacaina 5mg/ml 10ml x 5amp | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ropivacaina 10mg/ml 10ml x 5amp | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Glucosa 20% r-r do wstrz. I.v. 10ml x 50amp. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Glucosa 40% r-r do wstrz. I.v. 10ml x 50amp. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Hydroxyzinum inj.0,1g/2ml x 5amp. | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 27: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Aciclovir 0,25g x 5fiol. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dexamethasoni natrii phosphas 4mg/ml x 10amp. | op. | 550 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Hydrocortisonum 100mg x 5amp.+ 5amp. rozp. | op. | 290 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Hydrocortisonum 25mg x 5amp.+ 5amp. rozp. | op. | 270 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Lignocainum h/chl 2% żel 30g | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Lignocainum h/chl 2% żel 30g tuba z kaniulą | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Sulfathiazolum argentum 2% krem 100g | op. | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Suxamethonium chloride inj. 0,2g x 10fiol. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Misoprostol 0,2mg x 30tabl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Misoprostol + diclofenacum natricum 0,05g+0,2mg x 20 tabl. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Oxytocinum r-r do inf. lub wstrz. 5 j.m. x 5amp. | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 28: Czynniki krzepnięcia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Coagulation factor VII 5mg 250Kj.m liofilizat do inj.1fiol+rozp.- zestaw do infuzji | kpl. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 29: Dializa cytrynianowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Płyn do hemofiltracji cytrynianowej o zawartości 2mmol/l K+, worek 2-komorowy 5L | szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Płyn do hemofiltracji cytrynianowej o zawartości 4mmol/l K+, worek 2-komorowy 5L | szt. | 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Sterylny płyn do antykoagulacji cytrynianowej w nerkowej terapii zastępczej, worek 5L | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Płyn do dializy buforowany dwuwęglanem w nerkowej terapii zastępczej, worek 5L | szt. | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Dializacyjny płyn substytucyjny do stosowania w ostrej niewydolności nerek, worek 2-komorowy 5L | szt. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga aby podłączenie zestawu do zabiegów z workami oferowanymi w poz. 1,2,5 odbywało się przez port z gumową membraną przekłuwaną plastikową igłą bez koniczności przełamywania zawleczki. Proponowane produkty muszą umożliwiać pracę na aparacie CRRT Prismaflex.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 30: Szczepionki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Szczepionka przeciw ludzkiemu wirusowi grypy dla dorosłych na sezon 2024/25 | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 31: Anestezjologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Bupivacaina z adrenaliną 0,5% 5mg/ml a 20ml x 5fiol. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Bupivacaina spinal heavy 0,5% 5mg/ml a 4ml x 5amp. | op. | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Cisatracurium r-r do wstrz i infuzji 2mg/ml 5mlx5amp. | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Mivacurium chloride 20mg/10ml x 5amp. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Remifentanilum liofilizat do inj dożylnej 1mgx5fiol. | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Remifentanilum liofilizat do inj dożylnej 2mgx5fiol. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Remifentanilum liofilizat do inj dożylnej 5mgx5fiol. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 32: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Flumazenil 0,5mg/5ml x 5amp. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Lignocainum 2% 20mg/ml a 20ml x 5amp. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Lidocaina 2% 20mg/ml a 5ml x 10amp. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Ondansetron 2mg/ml a 2ml x 5amp. | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Ondansetron 2mg/ml a 4ml x 5amp. | op. | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Paracetamol r-r do infuzji 10mg/ml 100ml x 10fiol. | op. | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Rocuronii bromidum 100mg/10ml x 10fiol. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Rocuronii bromidum 50mg/5ml x 10fiol. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Sugamadeks 0,1g/ml 2ml x 10amp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Norepinefrini bitartras r-r do inf. 1mg/mlx10amp. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Norepinefrini bitartras r-r do inf. 4mg/4mlx10amp. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Potassium chloride 15% 10ml ampułka bezigłowa x 20amp.. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Potassium chloride 15% 20ml ampułka bezigłowa x 20amp. | op. | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Propofolum 1% emulsja tłuszczowa do wstrzyknięć i wlewów 20ml x 5fiol. | op. | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Propofolum 2% emulsja tłuszczowa do wstrzyknięć i wlewów 1g/50ml | fiol. | 1300 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 33: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Furosemid 0,02/2mlx50amp. Wymagana stabilność 24 godz. w temp. 25°C. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Metamizolum natricum 1g/2ml | amp. | 9000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Metamizolum natricum 2,5g/5ml | amp. | 7000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Metronidazolum 0,5% 100 ml r-r do infuzji i/lub wlewów x 40 butelek z portami nie wymagającymi dezynfekcji (Zapis potwierdzony w CHPL). | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 34: Anestezjologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ketamina 0,2g/20ml x 5fiol | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ketamina 0,5g/10ml x 5fiol. | op. | 28 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 35: Antybiotyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Fosfomycyna 2g/50ml pr.do sporządzania r-ru di infuzji x 10fl. | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Fosfomycyna 4g/100ml pr.do sporządzania r-ru di infuzji x 10fl. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 36: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Azithromycyna 200mg/5ml 20ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Azithromycyna 500mg x 3tabl.powl. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dexamethasonum 1mgx20tabl. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Doneprezil h/chl 5mg x 28 szt. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Furazidin 50mgx30tabl | op. | 65 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Mianseryna 10mg x 30tabl/tabl.powl. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Mianseryna 30mg x 30tabl/tabl.powl. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Prednisonum 10mgx20tabl. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Quetiapine 100mg x 30 tabl. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Quetiapine 25mg x 60tabl./tabl.powl. | op. | 550 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Trimetoprim/Sulfametoxazol 0,4g+0,08g x 20tabl. | op. | 32 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 37: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Budesonid 0,125mg/ml 2ml x 20 - wymagana możliwość podawania z innymi lekami w mieszaninie, oraz brak środków konserwujących | op. | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Budesonid 0,250mg/ml 2ml x 20 - wymagana stabilność 12h, możliwość podawania z innymi lekami w mieszaninie, oraz brak środków konserwujących | op. | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Budesonid 0,500mg/ml 2ml x 20 - wymagana stabilność 12h, możliwość podawania z innymi lekami w mieszaninie, oraz brak środków konserwujących | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Omeprazol 20mg x 28 kaps.dojel. | op. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Omeprazol 10mg x 28 kaps.dojel. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Omeprazol 40mg fiolki - nie wymagana potwierdzona skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo stosowania u dzieci; dopuszcza się preparaty z ograniczeniami czasowymi w podawaniu; wymagana możliwość podawania preparatu w pompie. Wymagana rozpuszczalność w 0,9% NaCl i 5% glukozie | fiol. | 8000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 38: Anestezjologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Neostygmine metilsulfas + glycopirronii bromidum (2,5mg+0,5mg)/ml a 2ml x 10amp. | op. | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 39: Różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Sudokrem 250g Krem barierowy na bazie tlenku cynku przeznaczony do stosowania w trakcie i do profilaktyki pieluszkowego odparzenia skóry, otarć oraz zapalenia skóry związanego z nietrzymaniem moczu. Wyrób medyczny. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ethanolum 96% op. 1L | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Macrogol 74g w 1sasz. X 48sasz. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Niskoobjętościowy preparat do oczyszczania okrężnicy na bazie PEG z dodatkiem simetikonu w postaci proszku do sporządzania roztworu doustnego o smaku cytrynowym składający się z 4 saszetek A (Makrogol 4000 52,500 g; Sodu siarczan bezwodny 3,750 g; Symetykon 0,080 g) i 4 saszetek B (Sodu cytrynian dwuwodny 1,863 g; Kwas cytrynowy bezwodny 0,813 g; Sodu chlorek 0,730 g; Potasu chlorek 0,370 g). | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Diosmectite pr do sporz zaw doust 3g x 30 sasz. | op. | 33 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 40: Żywienie pozajelitowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN – jeśli dotyczy** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Trójkomorowy worek bez kwasu glutaminowego do wkłucia obwodowego o poj. 1950ml zawierający 7,81 g azotu, energię niebiałkową 1215 kcal, węglowodany, aminokwasy z tauryną oraz mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybny 15%, olej sojowy, MCT, olej z oliwek, osmolarności 750 mOsm/l. Op. 4szt. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Trójkomorowy worek bez kwasu glutaminowego do wkłucia obwodowego o poj. 1400ml zawierający 5,6 g azotu, energię niebiałkową 872 kcal, węglowodany, aminokwasy z tauryną oraz mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybny 15%, olej sojowy, MCT, olej z oliwek, osmolarności 750 mOsm/l. op. 4szt. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Trójkomorowy worek bez kwasu glutaminowego do wkłucia obwodowego o poj. 850ml zawierający 3,41 g azotu, energię niebiałkową 530 kcal, węglowodany, aminokwasy z tauryną oraz mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybny 15%, olej sojowy, MCT, olej z oliwek, osmolarności 750 mOsm/l. Op.5szt. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Trójkomorowy worek bez kwasu glutaminowego do wkłucia centralnego, o poj. 1477 ml, zawierający 12 g azotu, energii niebiałkowej 1300 kcal., aminokwasy z tauryną oraz mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybi 15% , olej sojowy, MCT, olej z oliwek, węglowodany i elektrolity z zawartością chlorków poniżej 40 mmol/l. Op. 4szt. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Trójkomorowy worek bez kwasu glutaminowego do wkłucia centralnego, o poj. 986 ml, zawierający 8 g azotu, energii niebiałkowej 900 kcal., aminokwasy z tauryną oraz mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybi 15% , olej sojowy, MCT, olej z oliwek, węglowodany i elektrolity z zawartością chlorków poniżej 40 mmol/l. Op.4szt. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Trójkomorowy worek bez kwasu glutaminowego do wkłucia centralnego, o poj. 493 ml, zawierający 4 g azotu, energii niebiałkowej 450 kcal., aminokwasy z tauryną oraz mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybi 15%, olej sojowy, MCT, olej z oliwek, węglowodany i elektrolity z zawartością chlorków poniżej 40 mmol/l. Op. 6szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Trójkomorowy worek do wkłucia centralnego o poj. 2025ml , zawierający 21,2 g azotu (energii niebiałkowej 1270 kcal), mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybi 15% , olej sojowy, MCT, olej z oliwek, węglowodany i elektrolity , objętość 2025mlx 4szt | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Worek 3-komorowy do żywienia pozajelitowego drogą centralną o pojemności 1500 -1550ml. Skład: aminokwasy 99-114g, azot 15,9 - 18g, glukoza 110-129g, emulsja tłuszczowa i elektrolity. Energia całkowita 1350 -1420 kcal, energia niebiałkowa 950-960 kcal. Wymagana stabilność worka po aktywacji z dodatkami 24h w temp.40⁰C. Op. 4szt. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Trójkomorowy worek do wkłucia centralnego o poj. 506ml zawierający: 5,3 g azotu  (energii niebiałkowej 316 kcal), mieszaninę 4 rodzajów emulsji tłuszczowej w tym olej rybi 15% , olej sojowy, MCT, olej z oliwek, węglowodany i elektrolity.Op. 6szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Zestaw pierwiastków śladowych do żywienia pozajelitowego (0,02 µmol chromu, 0,6 µmol miedzi, 2 µmol żelaza, 0,1 µmol manganu, 0,02 µmol molibdenu, 7,7 µmol cynku,5 µmol fluoru, 0,1 µmol jodu, 0,1 µmol selenu oraz 5,2 µmol sodu i 0,1 µmol potasu w 1 ml). Opakowanie 10 ml x 20 amp. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Zestaw witamnin rozpuszczalnych w wodzie do żywienia pozajelitowego. Op.a 10 fiol | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Zestaw witamnin rozpuszczalnych w tłuszczach do żywienia pozajelitowego. Op. a 10 amp.. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Koncentrat fsforanów organicznych do żywienia pozajelitowego fiol. 20ml x 20amp. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Koncentrat 20g /50ml zawiera 8,2 g alaniny i 13,46 g glutaminy | fl. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Koncentrat 20g /100ml zawiera 8,2 g alaniny i 13,46 g glutaminy | fl. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | 10% emulsja wysoko oczyszczonego oleju rybiego  50 ml | fl. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | 10% emulsja wysoko oczyszczonego oleju rybiego  100 ml | fl. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | 8% roztwór aminokwasów dla pacjentów  z niewydolnością wątroby. Zawartość azotu 12,9 g/l | fl. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | 10% roztwór aminokwasów dla pacjentów z niewydolnością nerek z dwupeptydem tyrozyny. Zawartość azotu 16,3g/l poj.500 ml | fl. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Zacisk ochronny służący do zabezpieczenia i identyfikacji portu do dostrzyknięć worków żywieniowych. Op. 50szt. | op. | 5 |  | nie dotyczy |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 41: Różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN – jeśli dotyczy** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Worek ochronny na worek do żywienia pozajelitowego 30cm x50cm | szt. | 50 |  | nie dotyczy |  |  |  |  |  |
| 2. | Worek ochronny na worek do żywienia pozajelitowego 35cm x45cm | szt. | 200 |  | nie dotyczy |  |  |  |  |  |
| 3. | Worek ochronny na worek do żywienia pozajelitowego 50cm x70cm | szt. | 50 |  | nie dotyczy |  |  |  |  |  |
| 4. | Preparat do dezynfekcji wyrobów medycznych, w tym zewnętrznych elementów centralnych i obwodowych cewników dożylnych, takich jak wejścia do kanału wkłucia, części kanałów, korki, kraniki itp. Na bazie alkoholu izopropylowego (max. 70%) i chlorheksydyny (max.2%). Bezpieczny dla skóry. Spektrum działania: B, Tbc, F (C. albicans), V (HIV, HBV, HCV, Rota) do 1min. Wyrób medyczny. Op. 250ml ze spryskiwaczem | op. | 4 |  | nie dotyczy |  |  |  |  |  |
| 5. | Jednorazowe gaziki do dezynfekcji zewnętrznych elementów centralnych i obwodowych cewników dożylnych takich jak wejścia do kanałów wkłucia, części kanałów, korki, kraniki itp. Skład: 2% diglukonian chlorheksy dyny i 70% alkohol izopropylo wy. Materiał gazika 25 g / m2 100 % PP (hydrofilny nie zawierający jonów). E. hirae, S. aureus, E. coli, P. aeruginosa EN 13727 15 sekund czyste i brudne warunki C. albicans EN 13624 15 sekund czyste i brudne warunki – 15 sekund. Op. a 100szt. | op. | 2 |  | nie dotyczy |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 42: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN – jeśli dotyczy** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Gentamycyna 0,24g/80ml w postaci siarczanu, r-r do infuzji x 10fl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ibuprofen roztwór gotowy do użycia 400mg/100ml x 20fl. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ibuprofen roztwór gotowy do użycia 600mg/100ml x 20fl. | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Povidone-iodine 0,1g/g maść 100g | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Polihexanid + betaina – roztw. Do płukania ran 350 ml | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Polihexanid + betaina – roztw. Do płukania ran 1000 ml | op. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Phospholipidum essensiale ol. Emulsja do inf 20%MCT/LCT 500ml x 10fl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Wodny roztwór PVP-jodu do zastosowania do wszelkiego rodzaju dezynfekcji ciała orazw antyseptyce ran, z możliwością zastosowania do nawilżania materiałów opatrunkowych. Dobrze tolerowany przez skórę. Op. 250ml z atomizerem | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Wodny roztwór PVP-jodu do zastosowania do wszelkiego rodzaju dezynfekcji ciała orazw antyseptyce ran, z możliwością zastosowania do nawilżania materiałów opatrunkowych. Dobrze tolerowany przez skórę. Op. 1L | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Izotoniczny płyn elektrolitowy o osmolalności rzeczywistej 290 mOsmol/kg H2O,w pełni zbilansowany, tj. zawierający optymalnie dobrane wszystkie z czterech najważniejszych kationów (Na, K, Mg, Ca)ń, buforowany octanami i jabłczanami wolny od mleczanów i cytrynianów. Opakowanie stojące z dwoma równymi portami a 500 ml. op. 10fl. | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Worek dwukomorowy do żywienia pozajelitowego do podania drogą żył centralnych o poj. 1500 ml zawierający: aminokwasy 105 g , glukozę 360g. Energia całkowita 1860 kcal. Op. 5szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podania drogą żył centralnych o poj. 1250 ml zawierający: średniołańcuchowe triglicerydy (50%MCT), olej sojowy (40%LCT ) oraz triglicerydy kwasów Omega 3 (10%) wg. monografii nr 1352. Zawierający aminokwasy 70,1g , glukozę 180g. Energia całkowita 1475 kcal. Bez elektrolitów.Op.5szt. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podania drogą żył centralnych o poj. 625ml zawierający: średniołańcuchowe triglicerydy (50%MCT), olej sojowy (40%LCT ) oraz triglicerydy kwasów Omega 3 (10%) wg. monografii nr 1352 . Zawierający aminokwasy 35g , glukozę 90g. Energia całkowita 740 kcal. Bez elektrolitów. Op. 5szt. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Wodny roztwór pierwiastków śladowych do przygotowania roztworu do żywienia pozajelitowego, amp. po  10 ml, 1amp. zawiera: 35mikromoli żelaza; 50mikromoli cynku; 10mikromoli manganu; 12mikromoli miedzi; 0,2mikromoli chromu; 0,3mikromoli selenu; 0,1mikromoli molibdenu; 1,0mikromoli jodu; 30mikromoli fluoru. Op. 5szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Zabezpieczenie, portu do dostrzyknięć w worku do żywienia pozajelitowego RTU, przed nieautoryzowanymi manipulacjami, kompatybilny z workami BBraun, koloru czerwonego.Op. a 10szt | op. | 5 |  | nie dotyczy |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 43: Witaminy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ac ascorbicum r-r do wstrz. 100mg/ml a 5ml x 5amp. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 44:** **Pulmonologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Theophillinum 300mg/250ml x 20fl. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 45: Pulmonologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Theophyllinum r-r do wstrzyknięć i infuzji 20mg/ml 10ml x 5amp. | op. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Theophilline 0,3g x 50tabl.o przedł.uw. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 46: Immunoglobuliny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Immunoglobulinum humanum anty Hbs r-r do wstrz. domięśn.180j.m./ml | amp. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 47: Immunoglobuliny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Immunoglobulinum humanum anty-D 50µg/ml i.m | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Immunoglobulinum humanum anty-D 150µg/ml i.m | szt. | 32 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Immunoglobulinum humanum anty-D 300µg/2ml i.m. | szt. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 48: Anestezjologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Thiopental sodowy 1g x 10fiol. | fiol. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 49: Żel do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Jałowy żel do cewnikowania z lidokainą op.jednostkowe 6,0 - 8,5ml. Op. a 25szt. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Nawilżający żel do masek krtaniowych na bazie wody, op.jednorazowe do 8,5g sterylizowany parą wodną. Op. 25szt. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 50: Leki wpływające na układ krzepnięcia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Dabigatran 110mg a 180tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dabigatran 150mg a 180tabl. | op. | 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Idarucyzymab 50mg/ml (2,5g/50ml) 2fiol. X 50ml | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Empagliflozinum 10mg x 30tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 51: Insuliny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Insulina aspart - szybko i krótko działający analog insuliny, początek działania 10-20min, max.działanie po 1-3h, całkowity czas działania 3-5h; 100j.m./ml a 3ml x 10fiol. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Insulina detemir - długodziałający analog insuliny, początek działania 3-4h, czas działania do 24h; 100j.m./ml a 3ml x 10fiol. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Insulina aspart/ insulina aspart krystalizowana z protaminą w stos. 30/70 100j.m./ml a 3ml x 10fiol. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Insulina ludzka o stopniowo narastającym działaniu i długim czasie działania. Początek działania po 1,5H, całkowity czas działania 24h, 100j.m./ml a 3ml x 10fiol. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Igły 30g x 8mm/0,3mm x 8mm op.100szt. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 52: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ac. Ascorbicum+ rutosidum 0,1g+0,025g x 125szt. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ac. Folicum 15mg x 30tabl | op. | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Acidi borici PLV. Op. A 1kg | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Allantoinum maść 2%30g | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Allantoinum/dexpanthenolum (0,02+0,05g)/g 30g maść | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Allantoinum+Ac boric+ Zinci oxidum puder leczniczy 50g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Allopurinolum 0,1gx50tabl. | op. | 56 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Ambroxoli h/chl syrop 0,015g/5ml 120ml | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Ambroxoli h/chl. 15mg/2mlx 10amp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Amlodypina 10mgx30tabl. | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Amlodypina 5mgx30tabl. | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Artemisol 100g płyn | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Ascorbic acid 500mg x 50tabl.powl./draż. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Mleko początkowe dla niemowląt od urodzenia w proszku. Zawiera kompletną kompozycję składników odżywczych w tym oligosacharydy prebiotyczne GOS/FOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8 g/100ml, kwasy tłuszczowe DHA i ARA , nukleotydy 2,3mg/100ml. białko 1,3g/100ml, żelazo 0,53mg/100ml. Op.350g | op. | 12 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 15. | Mleko początkowe w płynie dla niemowląt od urodzenia, gotowe do spożycia. Zawiera kompletną kompozycję składników odżywczych w tym oligosacharydy prebiotyczne GOS/FOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8g/100ml, kwasy tłuszczowe DHA i ARA 16,5mg/100ml , nukleotydy 2,3mg/100ml, białko1,3g/100ml, żelazo 0,53mg/100ml Op.24x90ml | op. | 12 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 16. | Mleko następne w proszku dla niemowląt powyżej 6. miesiąca życia. Zawiera kompozycję składników odżywczych w tym oligosacharydy prebiotyczne GOS/FOS w stosunku 9: 1 w ilości 0,8g/100ml , kwasy tłuszczowe DHA i ARA i nukleotydy 2.4mg/100ml ,wapń 72mg/100ml, białko 1,4 g/100ml, żelazo 1mg/100ml. Op. 350g | op. | 12 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 17. | Mleko następne w proszku dla niemowląt powyżej 6.miesiąca życia z kleikiem ryżowym. Zawiera kompozycję składników odżywczych w tym oligosacharydy prebiotyczne GOS/FOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8g/100ml, kwasy tłuszczowe DHA i ARA i nukleotydy 2,4mg/100ml, białko 1,4g/100ml , żelazo 1mg/100ml . Op. 350g | szt. | 3 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 18. | Mleko początkowe w proszku przeznaczone dla niemowląt od urodzenia. Kompletna kompozycja składników odżywczych, zawiera oligosacharydy prebiotyczne scGOS/lcFOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8g/100ml, postbiotyki w tym HMO 3GL, kwasy tłuszczowe DHA 16,5 mg/100 ml, AA 16,5 mg/100 ml, ALA 54,3 mg/100ml, witaminy , składniki mineralne. Zawartość białka 1,3g/100ml, żelazo 0,53 mg/100ml,nukleotydy 2,3 mg/100ml. Op. 350g | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Mleko początkowe w płynie przeznaczone dla niemowląt od urodzenia. Kompletna kompozycja składników odżywczych, zawiera oligosacharydy prebiotyczne scGOS/lcFOS w stosunku 9:1 w dawce 0,8g/100ml, postbiotyki w tym HMO 3GL, kwasy tłuszczowe DHA 16,5 mg/100 ml, AA 16,5 mg/100 ml, ALA 52,1 g/100 ml, witaminy , składniki mineralne, nukleotydy 2,3 mg/100 ml. Zawartość białka 1,3g/100ml, żelazo 0,53 mg/100ml. Op. 24x90ml | op. | 48 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego przeznaczona dla niemowląt od urodzenia, do postępowania dietetycznego w przypadku alergii pokarmowej na białka mleka krowiego. Źródło białka - hydrolizat serwatki o znacznym stopniu hydrolizy. Preparat zawiera kompozycję oligosacharydów scGOS/lcFOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8 g/100 ml, DHA 16,5mg/100ml, AA 16,5mg/100ml, ALA 54,3 mg/100 ml, witaminy , składniki mineralne. Zawartość białka 1,6g/100ml, żelazo 0,54 mg/100ml, nukleotydy 2,3mg/100ml, osmolarność 250 mOsmol/l, zawartość laktozy 2,9g/100 ml. Op.400g | szt. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego w płynie do postępowania dietetycznego w przypadku alergii pokarmowej na białka mleka krowiego przeznaczona dla niemowląt od urodzenia. Źródłem białka jest hydrolizat serwatki o znacznym stopniu hydrolizy. Zawiera kompozycję oligosacharydów scGOS/lcFOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8g/100 ml, DHA 16,6mg/100ml, AA 16,6mg/100ml, ALA 35,8 mg/100 ml, witaminy, składniki mineralne. Zawartość białka 1,6g/100ml, żelazo 0,53 mg/100ml, nukleotydy 2,3mg/100ml, osmolarność 260 mOsmol/l zawartość laktozy 2,9g/100ml. Op. 24x90ml | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego przeznaczona dla niemowląt powyżej 6.miesiąca życia do postępowania dietetycznego w przypadku alergii pokarmowej na białka mleka krowiego. Źródłem białka jest hydrolizat serwatki o znacznym stopniu hydrolizy, zawiera kompozycję oligosacharydów scGOS/lcFOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8g/100 ml, DHA 17mg/100ml, AA 17mg/100ml, ALA 51,9 mg/100 ml, witaminy, składniki mineralne. Zawartość białka 1,6g/100ml, żelazo 1,0 mg/100ml, nukleotydy 2,4mg/100ml, osmolarność 260 mOsmol/l, zawartość laktozy 2,9g/100 ml. Op. 400g | szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego dla niemowląt od urodzenia do 6 miesiąca życia, do postępowania dietetycznego w przypadku kolek i zaparć. Kompletna kompozycja składników odżywczych, zawiera kompozycję oligosacharydów scGOS/lcFOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8g/100ml, obniżoną zawartość laktozy 2,7mg/100ml, białko serwatkowe o nieznacznym stopniu hydrolizy, ß-palmitynian, kwasy tłuszczowe DHA 16,5mg/100ml i ARA 16.5mg/100ml, białko 1,5g/100ml. Op. 400g | szt. | 2 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 24. | Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego dla niemowląt powyżej 6 miesiąca zycia, do postępowania dietetycznego w przypadku kolek i zaparć. Kompozycja składników odżywczych, zawiera oligosacharydy scGOS/lcFOS w stosunku 9:1 w ilości 0,8 g/100 ml, obniżoną zawartość laktozy 2,8g/100ml, białko serwatkowe o nieznacznym stopniu hydrolizy, ß-palmitynian, kwasy tłuszczowe DHA 17,0 mg/100 ml, ARA 10,2 mg/100 ml, białko 1,6g/100ml. Op. 400g | szt. | 12 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 25. | Benserazid+Levodopa 0,0125g+0,05g x100kaps. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Benserazid+Levodopa 0,025g+0,1gx100kaps.HBS | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Benzydamini h/chl 1,5mg/ml 30ml aer. do stos w jamie ustnej | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Benzyli benzoas płyn 10% 120ml | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Betahistyna 16mg x 60tabl. | op. | 38 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Betamethason + Clotrimazol + Gentamycyna maść 15g | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Biperidini h/chl. 2mg x 50 tabl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Bisacodylum 10mg x 10supp. | op. | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Bisoprololi fumaras 5mgx30 szt. | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Bromhexini h/chl 8mg x 40tabl. | op. | 27 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Butamiratum syrop 1,5mg/ml 200ml | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Calcii carbonas 1000mg x 100tabl. | op. | 22 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Calcii carbonas 1g + cholecalciferol 880IU x 30tabl.do rozgryzania | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Calcium panthot. 0,1gx50tabl. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Captoprilum 25mg x 30tabl. | op. | 37 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Carbamazepina 0,2g x 50tabl. | op. | 47 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Carbo medicinalis 0,25g x20kaps. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Clotrimazolum krem 1% 20g | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | Clotrimazolum 0,1gx6 tabl. vag | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Calcitriol 0,5mcg x 90kaps.miękkich | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Carvedilol 6,25mgx30tabl./tabl.powl. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 46. | Carvedilol 12,5mgx30tabl./tabl.powl. | op. | 28 |  |  |  |  |  |  |  |
| 47. | Carvedilol 25mg x 30tabl./tabl.powl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 48. | Chlorchinaldolum 0,1g+Metronidazolum 0,25g x10tabl dopoch. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 49. | Citalopram 10mg x 28tabl.powl. | op. | 65 |  |  |  |  |  |  |  |
| 50. | Diazepamum 5mgx20tabl. | op. | 85 |  |  |  |  |  |  |  |
| 51. | Clarytromycyna 125mg/5ml 60ml | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 52. | Clobetasoli propionas 0,5mg/g maść 25g | op. | 38 |  |  |  |  |  |  |  |
| .53. | Clomethiazolum 300mgx100kaps. | op. | 22 |  |  |  |  |  |  |  |
| 54. | Clonidinum h/chl 75mcg x 50tabl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 55. | Codeinum, Guaiacolsulfonatum 0,015g+0,3g x 10tabl. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 56. | Colchicine 0,5mg x 20tabl. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 57. | Crotamiton 10%maść 40g | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 58. | Cyanocobalaminum+Pirydoxynum+Thiaminum inj.i.m. X 5amp. | op. | 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 59. | Czopki na hemoroidy op. 12 szt. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 60. | Desmopressinum 60mcg x 30tabl. Liofilizat doustny | op. | 24 |  |  |  |  |  |  |  |
| 61. | Digoxinum 100mcg x 30tabl. | op. | 65 |  |  |  |  |  |  |  |
| 62. | Digoxinum 250mcg x 30tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 63. | Dihydroxyaluminii natrii carbonas 0,34g/5ml zawiesina 250ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 64. | Diltiazem 0,06g x 60tabl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 65. | Dimeticonum 50mgx100kps | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 66. | Dimeticonum gtt. 0,98g/g 5g | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 67. | Drotaverini hydrochloridum 40mg x 20tabl | op. | 65 |  |  |  |  |  |  |  |
| 68. | Drotaverini hydrochloridum 20mg/ml 2ml x 5amp | op. | 850 |  |  |  |  |  |  |  |
| 69. | Duloxetine 60mg x 28kaps. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 70. | Dydrogesteronum 10mgx20szt. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 71. | Eplerenon 25mg x 30tabl.powl. | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 72. | eplerenon 50mg x 30tabl.powl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 73. | Erythromycinum 0,5% 3,5g maść do oczu | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 74. | Erythromycinum subst.pro receptura 1g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 75. | Estazolam 2mgx20tabl. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 76. | Etamsylat 250mg x 30tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 77. | Etamsylat 0,25g/2ml x 50amp. | op. | 85 |  |  |  |  |  |  |  |
| 78. | Ethyl chloride aer.70g | op. | 28 |  |  |  |  |  |  |  |
| 79. | Etilefrine chydrochloride 7,5mg/g, kr.doust.15g | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 80. | Etomidatum 2mg/1ml 10mlx10amp. | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 81. | fenofibrat 145mg x 30tabl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 82. | Fenoterol aerosol 100mg. Op. 200dawek | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 83. | Fenoteroil hydrob.+ Ipratropii br.(0.05mg+0,021mg)/daw. aer.wziew. 200 dawek. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 84. | Fenoteroli hydrob.+Ipratropii br.(0,25mg+0,5mg/ml płyn do inh 20ml | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 85. | Fentanyl 0,025mg/1h (0,6mg/24h) system transdermalny x 5plastrów | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 86. | Fentanyl 0,05mg/1h (0,12mg/24h) system transdermalny x 5plastrów | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 87. | Finasteryd 5mg x 30tabl. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 88. | Fludrocortison 0,1mg x 20tabl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 89. | Formalina 37 - 40% (Zgodnie z wymaganiami FP XII). | litr | 85 |  |  |  |  |  |  |  |
| 90. | Fosfomycyna granulat doustny 3g | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 91. | Gabapentinum 300mg x 100kaps.twardych | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 92. | Galantamini hydrobromidum 5mg/ml 1ml x 10amp. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 93. | Gastrolit 4,15g x14sasz. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 94. | Gliceryl trinitrate 10mg/10ml x 10amp. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 95. | Glucosum PLV op.a 1kg | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 96. | Glyceroli suppositoria 1gx10szt. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 97. | Heparyna sodowa 250j.m./g żel 35g | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 98. | Hydrocortisoni butyras 1mg/g 0,1% maść 15g | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 99. | Hydrocortisonum krem 1% 15g | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 100. | Hydrocortisonum tabl. 0,02g x 20 | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 101. | Hydroxyzyna+C656:F705 10mg x 30tabl powl. | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 102. | Hydroxyzyna 25mg x 30tabl.powl. | op. | 460 |  |  |  |  |  |  |  |
| 103. | Hyoscini butylobromidum 20mg/mlx10amp.a 1ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 104. | Hyoscini butylobromidum x 6czopk doodbyt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 105. | Ibuprofen 125 mg x 10supp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 106. | Ibuprofen 200 mg x 5supp. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 107. | Ibuprofen 60 mg x 10supp. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 108. | Ibuprofenum 100mg/5ml 130g | op. | 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| 109. | Ibuprofenum 200mg/5ml 100ml | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 110. | Iomeprolum 0,3g jodu/ml 20ml | fiol. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 111. | Kalii chloridum 600mg (315mg K⁺). Op.50tabl.o przedł.uwaln. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 112. | Kalium iodatum plv op. A 100g | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 113. | Levetiracetam 0,5g x 50tabl.powl. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 114. | Levetiracetam 100mg/ml 150ml | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 115. | Levofloxacin 0,5g tabl.powl. X 10szt. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 116. | Lidocainum h/chl. aer. 10% 38g | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 117. | Lincomycini h/chl 300mg/ml 2ml | fiolka | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 118. | Magnesii hydroaspartas, Kalii hydroaspartas /0,017g, 0,054g/ x50tabl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 119. | Magnesium silicate | kg | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 120. | Maść propolisowa 7% 30g | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 121. | Mebendazol 0,1x6tabl | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 122. | Memantine 20mg x 56tabl.uleg.rozpadowi w j.ustnej | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 123. | Mesalayzna 1g x 30suppos. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 124. | Mesalayzna 250mg x 100tabl.dojel. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 125. | mesalayzna 500mg x 100tabl.dojel. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 126. | Metamizolum natr.+pitofenoni h/chl.+fenpiverini brom. (500mg + 2mg + 0,02 mg) /ml | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 127. | Metformin 0,75g tabl.o przed.uwal. A 30szt. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 128. | Metformin 1g tabl.o przed.uwal. A 30szt. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 129. | Methylthionine chloride 10mg/2ml x 5amp. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 130. | Methyldopum 250mgx50tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 131. | Methyloprednisolonum 16mgx30tabl | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 132. | Methylprednisolon 500mg/8ml liofil.+rozp do wstrz. | fiolka | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 133. | Methylprednisolonum 40mg/ml fiol a 1ml | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 134. | Midazolam 7,5mg x 10 tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 135. | Mupirocin msść 2% 15g | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 136. | Budesonide 0,4mg/dawkę pr.do inhalacji x 60kaps. | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 137. | Nan OptiPro 1 650g | op. | 4 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 138. | Nan OptiPro 2 650g | op. | 3 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 139. | Natamycin, hydrocortison, Neomycyna (0,01g+0,01g+3,5tju)/g maść 15g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 140. | Natamycinum 0,1g x 6 glob.vag | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 141. | Natrium citrium PLV op. A 10g | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 142. | Natrii dihydrophosphas + Natrii hydrophosphas wlewka doodbytnicza 150ml | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 143. | Nicotinamide 0,2gx20tabl | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 144. | Nitrendypina 10mgx30tabl. | op. | 22 |  |  |  |  |  |  |  |
| 145. | Nitrendypina 20mgx30tabl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 146. | Nutramigen LGG 1 400g | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 147. | Nutramigen LGG 2 400g | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 148. | Nystatyna 500 tjm.x16 tabl.dojel. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 149. | Nystatyna pro susp. 5,8g / 28ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 150. | Olanzapina 5mgx30tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 151. | Ondansetronum 8mg w postaci tabl.ulegających rozpadowi w jamie ustnej op.a 10szt. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 152. | Opłatki apteczne skrobiowe nr 2, op. 250szt. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 153. | Opłatki apteczne skrobiowe nr 3, op. 250szt. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 154. | Oseltamivir 30mg x 10szt. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 155. | Oseltamivir 45mg x 10szt. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 156. | Oseltamivir 75mg x 10szt. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 157. | Osłonki do usg pudrowane op.144szt. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 158. | Oxymetazolini h/chl 0,01% 5ml krop do nosa dla niemowląt | op. | 75 |  |  |  |  |  |  |  |
| 159. | Oxymetazolini h/chl 0,025% 10ml, krop do nosa dla dzieci | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 160. | Potassium chloride 0,391gK+ x 60 tabl.o przedł uwal. | op. | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 161. | Paracetamol zaw.doustna 120mg/5ml 150g | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 162. | Paracetamol zaw.doustna 240mg/5ml 85ml | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 163. | Paracetamol krople doustne 10mg/ml 30ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 164. | Paracetamol 125mgx10supp. | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 165. | Paracetamol 250mg x 10 supp. | op. | 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 166. | Paracetamol 500mg tabl. X 50szt. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 167. | Paracetamol 500mg x10supp. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 168. | Paski do pomiaru glukozy we krwi do glukometru ACCU CHECK Instant x 100szt. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 169. | Pasta cynkowa 20g | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 170. | Pentoxyfilinum 0,1g x 60szt. | op. | 95 |  |  |  |  |  |  |  |
| 171. | Pentoxyfilinum 0,4g x 60szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 172. | Perazinum 25mg x20tabl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 173. | Perazinum100mg x30tabl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 174. | Permetryna 5%krem 50mg/g 30g | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 175. | Phenytoin 0,25g/5ml x 5amp. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 176. | Phenobarbital 0,1g x 10tabl. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 177. | Phytomenadionum 10mg/ml x 10amp. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 178. | Polyacrylic acid żel do oczu 2mg/g a 10g | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 179. | Pottasium canreonate 0,2g/10ml x 10amp. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 180. | Prednisone 100mg x 2supp. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 181. | Prednisoloni hemisuccinas 25mg r-r do wstrzykiwań/infuzji 3amp.+ 3amp. rozpuszczalnika | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 182. | Prednisoloni hemisuccinas 50mg r-r do wstrzykiwań/infuzji 3amp.+ 3amp. rozpuszczalnika | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 183. | Promazini h/chl 0,025gx60tabl drażow | op. | 210 |  |  |  |  |  |  |  |
| 184. | Promazini h/chl 0,05gx60tabl drażow. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 185. | Promazini h/chl 0,1gx60tabl drażow. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 186. | Promethazini h/chl. 25mgx20szt. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 187. | Propafenoni h/chl 3,5mg/ml 20mlx5amp. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 188. | Pyridoxine 50MGx50szt. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 189. | Retinol 50.000 j.m./ ml op. 10ml | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 190. | Rifampicyna 0,3gx100kaps. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 191. | Rifaxymina 200mg x 28 tabl.powl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 192. | Rifaxymina granulat do sporz.zaw. 100mg/5ml | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 193. | Rosuvastatinum 10mg x 30tabl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 194. | Rosuvastatinum 20mg x 30tabl. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 195. | Riwaroksaban 15mg a 100tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 196. | Riwaroksaban 20mg a 100tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 197. | Rivaroksaban 2,5mg x 28tabl. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 198. | Saccharomyces boulardi 250mg x 50kaps. Substancja zarejestrowana jako lek. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 199. | Sildenafil 50 mg x 4tabl. | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 200. | Simvastytyna 20mg tabl.powl.x 28 | op. | 330 |  |  |  |  |  |  |  |
| 201. | Smoczek dla niemowląt od 1 miesiąca, kształt spłaszczony z boku, poprawiający komfort karmienia, redukujący dostęp powietrza i zapewniający kontrolę tempa karmienia, trzy otwory w smoczku ułatwiające łączenie mleka ze śliną niemowlęcia, smoczki nie zawierają bisfenolu A (BPA) ani ftalanów. Sterylne, pakowane pojedynczo. Op. zbiorcze 48szt. | op. | 13 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 202. | Sodium tetraboras płyn 10g | op. | 320 |  |  |  |  |  |  |  |
| 203. | Sotalolum 80mgx30tabl. | op. | 22 |  |  |  |  |  |  |  |
| 204. | Spironolacton 100mgx20tabl.powl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 205. | Spironolacton 25mgx100tabl. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 206. | Spirytus salicylowy 2% 800g | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 207. | Sufentanil 50mcg/ml 5ml x 5amp. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 208. | Sulfacetamidum natr. H-E-C 10% 2x5ml | op. | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 209. | Sulfosalazyna EN 0,5g x 50 tabl.dojel. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 210. | Temazepam 10mgx20tabl. | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 211. | Testosteron prolongatum 0,1g/ml x 5amp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 212. | Thiamazolum 5mgx50tabl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 213. | Thiamine 100mg/2ml. Op. 100amp. Wymagana potwierdzona stabilność z preparatami do żywienia pozajelitowego firmy Fresenius Kabi. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 214. | Thiamine 25mgx50tabl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 215. | Tiapride 0,1g x 20tabl. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 216. | Tormentiol maść 20g | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 217. | Tranexamic acid 100mg/ml 5ml x 5amp I.V. | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 218. | Tribenosid 400mg + lidocaina 40mg x 10supp. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 219. | Trimebutini maleas 0,1g x 30tabl.. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 220. | Trazodone 7,5mg x 30tabl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 221. | Timonacyk 100mg x 100tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 222. | Ung ammoni sulfobituminci 10% 20g | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 223. | Ung. Cholesteroli 500g | op. | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 224. | Urapidilum 25MG/5ML X 5AMP . i.v. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 225. | Urapidil 50mg/10ml x 5amp. | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 226. | Urapidil 100mg/20ml x 5amp. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 227. | Ursodeoxycholic acid 0,15g x 50kaps. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 228. | Valsartan 160mgx28 szt. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 229. | Valsartan 80mg x 28szt. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 230. | Vaselinum album op.1kg | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 231. | Venlaflexine 75mg x 28 tabl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 232. | Vinpocetinum 5mgx100tabl. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 233. | Vinpocetinum inj. 10mg/2mlx10amp. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 234. | Warfaryna 3mg a 100tabl. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 235. | Xylometazolini h/chl. 0,1%10ml krople do nosa | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 236. | Ferrosi sulfas 80mg+Acidum folicum 0,35mg x 30 tabl.o przedł/ zmodyfik. uwalnianiu | op. | 75 |  |  |  |  |  |  |  |
| 237. | Zolpidem 10mg x 30tabl. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 238. | 30% wodny roztwór glukozy. Op. a 100amp. | op. | 3 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| 239. | Siarczkowy żel do zabiegów jono - i fonoforezy o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym, poprawiającym mikrokrążenie w tkankach oraz wspierającym odbudowy chrząstki stawowej. Skład: aktywne składniki solanki siarczkowej, siarkę, z jony: Ca, Mg,Br oraz inne mikroelementy. | op. | 28 |  | Nie wymagany |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 53: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ac acetylosalicylicum 75mg x 30 tabl. powl. | op. | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ac. Acetylsalicylicum 0,3g x 20tabl. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Acenocumarol 1mg x 60tabl.- wymagana możliwość podziału tabl na 4 części | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Acenocumarol 4mg x 60tabl.- wymagana możliwość podziału tabl na 4 części | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Aciclovir 400mg x 30tabl. | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Amikacinum inj. 500mg / 2ml | amp. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Amikacyna 0,3% 3mg/ml gtt.opht. 5ml | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Antazolini mesilas 0,1g/2mlx10amp.r-r do wstrzyk. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Aqua pro inj. 10mlx100amp.polietylen. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Atorvastatyna 20mgx30szt. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Atropinum sulph. 0,5mg/ml a 1ml x10amp. | op. | 185 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Atropinum sulphuricum 1mg/ml x 10amp. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Baclofenum 10mgx50tabl. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Barium sulphuricum 200ml | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Bupivacaina 0,5% 5mg/ml 10mlx10amp. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Calcium chloratum 10% (67mg/ml) 10ml x 10amp. | op. | 380 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Cefuroximum 500mg x 10tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Ceteryzyna 10mg x 30tabl. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Ciprofloxacinum 0,5gx10tabl. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Clarytromycyna 250mg x 14 tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Clarytromycyna 500mg x 14 tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Clemastinum 1mgx30tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Clemastinum inj. 2mg/2ml x 5amp. | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Cyanocobalaminum 1mg/2ml x 5amp. | op. | 23 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Diazepamum 10mg/2ml x 50amp. | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Diazepamum 5mg/2,5ml x 5wlewów | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Digoxinum 0,5mg/2ml x 5amp. | op. | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Dopaminum h/chl. 4% 0,2g/5ml x 10amp. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Doxazosyna 2mg x 30tabl. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Doxazosyna 4mg x 30tabl. | op. | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Enalaprili maleas 10mg x 30tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Enalaprili maleas 20mg x 30tabl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Epinephrini 0,001g/ml x 10amp. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Ephedrinum h/chl 25mg/ml x 10amp. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Fentanyl 0,1mg/2ml x 50amp. Wymagana możliwość podania podskórnego, domięśniowego, dożylnego, zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego | op. | 85 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Fentanyl 0,5mg/10ml x 50amp. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Fluconazol 50mg x 14kaps. | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Furosemid 40mg x 30tabl. | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Gentamycinum gtt.opht. 0,3% 5ml | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Haloperidolum 1mg x 40tabl. | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Haloperidolum 5mg/ml x 10amp. | op. | 85 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Haloperidolum gtt.0,2% (2mg/ml) 10ml | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | Heparinum 25t.j.m./5ml x 10fiol. | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Hydrohlorotiazidum 25mg x 30tabl. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | INJ. NATRII CHLORATI 0,9% 10ML x 100amp. | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 46. | Krople żołądkowe 35g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 47. | Lignocainum 2% 20mg/ml 2ml x 10amp. | op. | 190 |  |  |  |  |  |  |  |
| 48. | Loperamidum 2mg x 30tabl. | op. | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 49. | Magnesium sulph 20% 10mlx10amp. | op. | 680 |  |  |  |  |  |  |  |
| 50. | Metamizolum krople doustne 0,5g/ml 20ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 51. | Metamizolum natricum 0,5g x 6tabl. | op. | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 52. | Metoclopramidi h/chl 10mg/2mlx5amp. | op. | 380 |  |  |  |  |  |  |  |
| .53. | Metoclopramidi h/chl 10mgx50tabl. | fl. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 54. | Metoprolol 50mgx30tabl. | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 55. | Metoprololi 47,5mg x 28tabl o przedł uwal | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 56. | Metronidazol 0,25gx20tabl. | op. | 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 57. | Metronidazol 500mgx10tabl. dopoch. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 58. | Midazolam 50mg/10ml x5amp. zaw. EDTA | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 59. | Midazolam 5mg/5ml x 10 amp. zaw. EDTA | op. | 230 |  |  |  |  |  |  |  |
| 60. | Mometasoni 0,1% krem 15g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 61. | Mometasoni 0,1% maść 15g | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 62. | Morphini sulphas 10mg/mlx10amp. | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 63. | Morphini sulphas 20mg/mlx10amp. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 64. | Morphini sulphas 0,1% spinal 2mg/2mlx10amp. Wymagana możliwość podania dożylnego, zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 65. | Naloxoni h/chl. 0,4mg/ml r-r do wstrz.x10amp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 66. | Natrii chlorati 10% 10ml x 100amp. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 67. | Papaverinum h/chl 40mg/2mlx10amp. | op. | 65 |  |  |  |  |  |  |  |
| 68. | Pentoxyfilinum 0,1g/5mlx5amp. | op. | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| 69. | Piracetam 12g/60ml x 20szt. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 70. | Piracetamum 1,2g x 60tabl.powl. | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 71. | Propafenoni h/chl 0,15g x 60tabl.powl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 72. | Propranololi h/chl.10mgx50tabl. | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 73. | Pyrantelum 0,25g x 3 tabl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 74. | Salbutamol 0,1 mg / dawke, 200 dawek | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 75. | Salbutamolum 0,5mg/mlx10amp. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 76. | Salbutamol 5mg/2,5ml x 20 amp. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 77. | Sertralina 50mg tabl.powl x 28 | op. | 165 |  |  |  |  |  |  |  |
| 78. | Sodium bicarbonate 8,4% 20mlx10amp. | op. | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
| 79. | Torasemid 2,5mg x 30tabl. | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 80. | Tramadoli hydrochloridum 50mg x 20kps. | op. | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
| 81. | Tramadoli hydrochloridum 100mg/2ml x 5amp. | op. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 82. | Trimetoprim/Sulfametoxazol (0,08g+0,016g)/ml x10amp.a 5ml | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 83. | Vit D3 15t.j.m./ml a 10ml krople doust. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 54: Płyny infuzyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Aqua pro iniectione 100ml x 40fl. | szt. | 1600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Aqua pro iniectione 500ml x 20fl. | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Aqua pro iniectione 100ml sterylna butelka zakręcana do irygacji | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Aqua pro iniectione 500ml, butelka stojąca z dwoma oznaczonymi korkami | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Aqua pro iniectione 1000ml butelka stojąca z dwoma oznaczonymi korkami | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Żelatyna w postaci zmodyfikowanej płynnej. Całkowita osmolalność: 295 mOsm/kg, pH: 5,8 do 7,0. Worek 500ml | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Glucosa 10% 500ML | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Glucosa 10% 250ml | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Glucosa 10% 100ml | szt. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Glucosa 5% 100ML | szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Glucosa 5% 250ML | szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Glucosa 5% 500ML | szt. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | 5% Glucosa + 0,9% NaCl 2:1 250ML | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | 5% Glucosa + 0,9% NaCl 2:1 500ML | szt. | 360 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Natrii chlorati 0,9% 500ml sterylna butelka zakręcana do irygacji | op. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Natrii chlorati 0,9% 1000ml sterylna butelka zakręcana do irygacji | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Natrii chlorati 0,9% 100ML | szt. | 25000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Natrii chlorati 0,9% 250ML | szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Natrii chlorati 0,9% 500ml butelka stojąca z dwoma oznaczonymi korkami | szt. | 16000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Natrii chlorati 0,9% 1000ml butelka stojąca z dwoma oznaczonymi korkami | szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Płyn Ringera 500ML | szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Płyn wieloelektrolitowy przeznaczony dla pacjentów pediatrycznych, zawierający w swoim składzie glukozę o stężeniu 1% w opakowaniu z dwoma różnej wielkości jałowymi portami zabezpieczonymi zatyczkami. Op. butelka stojąca 100ml x 40fl. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Płyn wieloelektrolitowy przeznaczony dla pacjentów pediatrycznych, zawierający w swoim składzie glukozę o stężeniu 1% w opakowaniu z dwoma różnej wielkości jałowymi portami zabezpieczonymi zatyczkami. Op. butelka stojąca 250ml x 20fl. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Płyn wieloelektrolitowy fizjologiczny izotoniczny , zawierający wszystkie niezbędne kationy (Na, K, Ca, Mg) oraz odpowiadające za fizjologiczne pH krwi człowieka octany i cytryniany. Osmolarność identyczna z osmolarnością osocza (285 - 300 mmol/l) - opakowanie - butelka stojąca z dwoma oznaczonymi korkami 500ml. Op. 20fl. | op. | 920 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Przyrząd do wielokrotnego aspirowania płynów i leków z opakowań zbiorczych z filtrem bakteryjnym 3µm i filtrem cząsteczkowym 5µm posiadający ostry kolec, zaopatrzony w końcówkę luer-lock i samozatrzaskową zatyczkę zamykającą, kompatybilny z asortymentem zaoferowanym w pozycjach 4,5,19,20. | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga aby towar dostarczany był transportem wyposażonym w wózek paletowy.**

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 55: Płyny infuzyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Aqua pro inj. 250ml worek typu Viaflo | worek | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Aqua pro inj. 500ml worek typu Viaflo | worek | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Aqua pro iniectione 5L płyn do irygacji | worek | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | MANNITOL 15% 100ML | szt. | 564 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Natrii chlorati 0,9% 500ml worek typu Viaflo | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Natrii chlorati 0,9% 1L worek typu Viaflo | szt. | 440 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Natrii chlorati 0,9% 5L worek typu Viaflo | szt. | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Worek 3-komorowy do żywienia pozajelitowego drogą centralną o pojemności 650ml. Skład: aminokwasy 49,4g, azot 7,8g, glukoza 47,7g, emulsja tłuszczowa i elektrolity. Energia całkowita 620kcal, energia niebiałkowa 420 kcal. Op. 10szt. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Worek 2-komorowy do żywienia pozajelitowego drogą centralną o pojemności 2000ml. Skład: aminokwasy 55g, azot 9,1g, glukoza 150g i elektrolity. Energia całkowita 820kcal, energia niebiałkowa 600 kcal. Op. 4szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Zabezpieczenie portu do dostrzyknięć w worku do żywienia pozajelitowego RTU, przed nieautoryzowanymi manipulacjami , kompatybilny z workami Baxter. Op. a 300szt | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Zestaw pierwiastków śladowych do żywienia pozajelitowego (0,19 µmol chromu, 4,7 µmol miedzi, 18 µmol żelaza, 1 µmol manganu, 0,21 µmol molibdenu, 153 µmol cynku, 50 µmol fluoru, 1 µmol jodu, 0,9 µmol selenu w 10 ml). Opakowanie 10 ml x 10 amp. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Zestaw witamnin rozpuszczalnych w wodzie i tłuszczach do żywienia pozajelitowego 750mg x 10fiol. | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Płyn wieloelektrolitowy nie zawierający mleczanów oraz jonów Ca, izotoniczny, zbilansowany, osmolarność ok. 295 mOsm/l ph około 7,4 – op. 500ml, worek z dwoma portami | fl. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający wymaga aby towar dostarczany był transportem wyposażonym w wózek paletowy.**

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 56: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Atosiban 7,5mg/ml; fiolka 0,9 ml | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Atosiban 7,5mg/ml; fiolka 5 ml - koncentrat do przygotowania r-ru do wlewu | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Carbetocin 100µg/ml 1ml x 5amp. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Oksykodon 5mg, tbl.o przedł.uwal. X 60szt. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Oksykodon 10mg, tbl.o przedł.uwal. X 60szt. | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Oxycodon 20mg, tabl.o przedł.uwal. X 60szt. Preparat wolny od orzechów i ich pochodnych. | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Oxycodon 10mg/ml 1ml x 10amp. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Oxycodoni hydrochloridum 20mg + naloxoni hydrochloridum 10mg x 30tabl.o przedł.uwal. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 57: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Cerebrolysin 2mg/ml 10ml x 5amp. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dexmedetomidyna 200mcg/2ml x 25amp. | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dexmedetomidyna 400mcg/4ml x 5amp. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dapaglifozyna 10mg x 30tabl.powl. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Empagliflozyna 10mg x 30tabl. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Levetiracetam 500mg/5ml x 10amp. | op. | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Levetiracetam 100mg/ml, op. 150ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Lewozymendan 2,5mg/ml x 1fiol. a 5ml | fiol. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Somatostatin 3mg + fiol. rozp. | fiol. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Tacrolimus 0,001g x 30kaps. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 58: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Amiodaroni h/chl 0,2g x 60tabl.powl. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Gentamycinum I.V/I.M 80mg/2ml x 10amp. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Thiethylperazinum 6,5mgx50 tabl.powl. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Gentamycinum gąbka żelatynowa p/krwotoczna 130mg 10x10x0,5cm a 1szt.Wymaga się aby oferowany produkt zarejestrowany był jako lek, posiadał rejestrację w leczeniu i zapobieganiu zakażeń kości oraz tkanek miękkich. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Terlipressinum acetas 1mg/8,5ml x 5amp. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 59: Opatrunki specjalistyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Opatrunek wykonany w technologii TLC (lipido-koloidowej) zbudowany z włókninowej wkładki wykonanej z włókien charakteryzujących się wysoką chłonnością, kohezyjnością i właściwościami hydro-oczyszczającymi (poliakrylan). Rozm. 15 x 20cm, op.a 10szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Opatrunek wykonany w w technologii TLC (lipido-koloidowej) zbudowany z włókninowej wkładki wykonanej z włókien charakteryzujących się wysoką chłonnością, kohezyjnością i właściwościami hydro-oczyszczającymi (polikarylan). Matryca TLC impregnowana srebrem. Rozm. 10 x 10cm, op.a 10szt. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Elastyczny opatrunek stanowiący warstwę kontaktową, wykonany w technologii lipidokoloidowej zawierającej cząsteczki nanooligosacharydów (TLC–NOSF). Rozm. 10 x 12cm, op.a 10szt. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Samoprzylepny, miękki opatrunek wykonany w technologii lipidokoloidowej, zawierającej cząsteczki nanooligosacharydów (TLC–NOSF), zbudowany z włókien poliabsorbentu (poliakrylan) oraz z chłonnej wkładki z pianki poliuretanowej, przepuszczalnej dla gazów, wodoodpornej zewnętrznej cienkiej warstwy z silikonowym przylepcem na brzegach. Rozm. 12 x 12cm, op.a 10szt. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Opatrunek wykonany w technologii lipidokoloidowej zawierającej cząsteczki nanooligosacharydów (TLC–NOSF) zbudowany z włókninowej wkładki wykonanej z włókien charakteryzujących się wysoką chłonnością, kohezyjnością i właściwościami hydro-oczyszczającymi (poliakrylan). Rozm. 12 x 12cm, op.a 10szt. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Opatrunek impregnowany solami srebra wykonany w technologii TLC (lipido-koloidowej). Rozm. 12 x 12cm, op.a 10szt. | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 60: Leki przeciwzakaźne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Tigecycline 50mg x 10fiol. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Caspofungin 50mg x 1fiol. | fiol. | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Caspofungin 70mg x 1fiol. | fiol. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 61: Leki przeciwzakrzepowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Fondaparynux roztwór do wstrzykiwań; 5 mg/ml (2,5 mg/0,5 ml) x 10 ampułkostrzykawek 0,5 ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**

**Pakiet nr 62: Leki przeciwzakaźne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidy-wana ilość**  **na okres 12-miesięcy** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość netto**  **ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.7)** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto za jedn. miary**  **w złotych** | **Wartość brutto ogółem**  **w złotych**  **(kol.4 x kol.10)** |
| **kol. 1** | **kol. 2** | **kol. 3** | **kol. 4** | **kol. 5** | **kol. 6** | **kol. 7** | **kol. 8** | **kol. 9** | **kol. 10** | **kol. 11** |
| 1. | Ceftazidimum 1g pr. do przygotow r-ru do wstrzyknięć | szt. | 2600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Imipenem 0,5g + Cilastatinum 0,5g pr do podawania r-ru do inf. Op. 10fiol. Wymagana stabilność roztworu po rozpuszczeniu 2h. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Meropenem 2g x 6fiol. Wymagana minimalna stabilność roztworu po rozpuszczeniu w 0,9% NaCl 3h w temp. 25°C. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem w złotych:** | | | | | | |  |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na inną wielkość opakowań niż określona w Załączniku nr 1 do SWZ. W takim przypadku ilość należy przeliczyć do ilości podanej przez Zamawiającego w Załączniku nr 1 do SWZ.**

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**