**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

**Pakiet nr 1: Szczepionki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Szczepionka przeciw ludzkiemu wirusowi grypy dla dorosłych na sezon 2023/24 | szt. | 185 |  |  |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ OGÓŁEM W ZŁOTYCH: | | | | | | |  |  | |  |

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 2: Antybiotyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | 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. | 42 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Cloxacillin 1g | fiol. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Tigecycline 50mg x 10fiol. | 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 3: Witaminy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Thiamine 100mg/2ml | amp. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ OGÓŁEM W ZŁOTYCH: | | | | | | |  |  | |  |

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 4: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | 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. | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | 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. | fl. | 3000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | 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. | 210 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Worek dwukomorowy do żywienia pozajelitowego do podania drogą żył obwodowych o poj. 1500 ml zawierający: aminokwasy 105 g , glukozę 360g. Energia całkowita 1860 kcal. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podania drogą żył centralnyc 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. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podania drogą żył centralnyc 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. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Zabezpieczenie portu do dostrzyknięć w worku do żywienia pozajelitowego RTU, przed nieautoryzowanymi manipulacjami , kompatybilny z workami BBraun, koloru czerwonego.Op. a 10szt | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Worek ochronny do osłony przed światłem worka do żywienia pozajelitowego, zielony o wymiarach 30cm x 50 cm | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | 8% roztwór aminokwasów dla pacjentów  z niewydolnością wątroby. Zawartość azotu 12,9 g/l. Poj.500 ml x 10 fl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | 10% roztwór aminokwasów dla pacjentów z niewydolnością nerek z dwupeptydem tyrozyny. Zawartość azotu 16,3g/l. Poj.500 ml x 10 fl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | 10% emulsja wysoko oczyszczonego oleju rybiego  100 ml op. x 10fl. | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | 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 | fl. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | 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. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | 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. | 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 5: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Cerebrolysin 215 2mg/ml 10ml x amp | op. | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Insuline glargine 300j.m./ 3ml x 5 fiol. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ropivacaina 2mg/ml 10ml x 5amp | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Sildenafil 50 mg x 4tabl. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Pregabalin 75mg x 56tabl. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Salbutamol 5mg/2,5ml x 20 amp. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Salbutamol 100µg/ dawkę inh., 200dawek | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Urapidil 50mg/10ml x 5amp. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Urapidil 100mg/20ml x 5amp. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Testosteron prolongatum 0,1g/ml x 5amp. | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Dapaglifozyna x 30tabl.powl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Zolpidem 10mg x 20tabl. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Fludrocortison 0,1mg x 20tabl. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Valproic acid 288,2mg / 5ml 150ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Fosfomycyna granulat doustny 3g | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Prednison 100mg x 2supp. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Levetiracetam 0,5g/5ml x 10amp. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Levetiracetam 100mg/ml 150ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Calcitriol 0,5µg x 100kps. miękkich | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | 30% wodny roztwór glukozy. Op. a 100amp. | 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 6: Leki narkotyczne i psychotropowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Remifentanilum liofilizat do inj dożylnej 5mgx5fiol. | op. | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ketamine 0,5g/10ml x 5fiol. | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Deksmedetomidyna 200mcg/2ml x 25 amp. | 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 7: Antybiotyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Caspofungin 50mg x 1fiol. | fiol. | 180 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Caspofungin 70mg x 1fiol. | fiol. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Piperacillin 4g + tazobactam 0,5g pr.do sporządzania roztw. do infuzji x 10fiol. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Imipenem 0,5g+Cilastatinum 0,5g pr do podawania r-ru do inf. X 10fiol. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 8: Immunoglobulina ludzka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Pentaglobulin 50mg/ml (2,5g/50ml) r-r do infuzji fiol. 50ml | fiol. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ OGÓŁEM W ZŁOTYCH: | | | | | | |  |  | |  |

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 9: Żel do masek krtaniowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Nawilżający żel do masek krtaniowych na bazie wody, op.jednorazowe do 8,5g sterylizowany parą wodną. Op. 25szt. | 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 10: Albumina ludzka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Albuminum humanum 20% 50 ml | fiol. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ OGÓŁEM W ZŁOTYCH: | | | | | | |  |  | |  |

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 11: Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Terlipressinum acetas 1mg/8,5ml x 5amp. | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Lewozymendan 2,5mg/ml x 1fiol. a 5ml | fiol. | 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 12: Kontrasty**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Gadobutrol 1,0 10ml x 10fiol. | op. | 76 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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

**Pakiet nr 13: Kontrasty**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Jedn. miary** | **Przewidywana ilość** | **Nazwa handlowa, producent, dawka,**  **wielkość opakowania** | **EAN** | **Cena netto za jedn. miary  w złotych** | **Wartość netto ogółem w złotych** | **Stawka VAT  (%)** | **Cena brutto  za jedn. miary  w złotych** | **Wartość brutto ogółem  w złotych** |
| 1. | Acidum gadotericum 0,5mmol/ml 20ml x 10fiol. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Acidum gadotericum 0,5mmol/ml 50ml x 10fiol. | op. | 26 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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.**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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