Załącznik nr 2.1 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 1: Sevoflurane

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | Sevoflurane z fabrycznie zamontowanym adapterem kompatybilnym z parownikami będącymi na wyposażeniu szpitala: Abbvie i Maquet | 250ml  płyn  flakon | szt | 400 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Zamawiający dopuszcza zaoferowanie produktu leczniczego wraz z bezpłatnym użyczeniem parowników na czas trwania umowy do aparatów:

- 9 parowników kompatybilnych z aparatami do znieczuleń Dräger Fabius GS premium,

- 9 parowników kompatybilnych z aparatami do znieczuleń Maquet Flow-i

- 1 parownik kompatybilny z aparatem do znieczuleń Dräger Fabius Trio

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

|  |
| --- |
|  |
| *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)* | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Załącznik nr 2.2 KOSZTORYS OFERTOWY  Część 2: Kaspofungin, Anidulafungin   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** | | 1. | Kaspofungin | 0,05g inj | szt | 550 |  |  |  | | 2. | Kaspofungin | 0,07g inj | szt | 180 |  |  |  | | 3. | Anidulafungin | 0,1g inj | szt | 20 |  |  |  | | **RAZEM** | | | | | | |  |   \*- wypełnia Wykonawca     |  | | --- | |  |   ……………………………………..   |  | | --- | |  | | *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)* | | | | | | |

Załącznik nr 2.3 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 3: Hormon tyreotropowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | Rekombinowany ludzki hormon tyreotropowy | 0,9mg proszku do sporz. roztworu do wstrz. a 2fiol. | op | 720 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

|  |
| --- |
|  |
| *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)* | |