`Załącznik nr 2.1 KOSZTORYS OFERTOWY

**Część 1- Aztreonam**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Aztreonam** | 1g proszku do sporządzenia roztworu do infuzji | szt. | 400 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Załącznik nr 2.2 KOSZTORYS OFERTOWY  Część 2 - Propofoli   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** | | 1. | **Propofoli** | 2% emulsja do wstrzykiwań/infuzji a 50ml | szt. | 2000 |  |  |  |   \*- wypełnia Wykonawca     |  | | --- | |  |   ……………………………………..   |  | | --- | |  | | *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)* | | | | | | |

Załącznik nr 2.3 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 3 - Paracetamol+diphenhydramina

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Paracetamol+diphenhydramina** | 500mg + 25mg tabl. powl. a 50szt | op | 12 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.4 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 4 - Anakinra

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Anakinra** | Roztwór do wstrz. 100mg amp-strz a 7szt | op | 6 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.5 KOSZTORYS OFERTOWY - ZMIANA

Część 5 - Sorafenib

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Sorafenib** | Tabl. 200mg, 400mg | g | 1344 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek stosowany w chemioterapii.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.6 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 6 - Avelumab

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Avelumab** | 20mg/ml a 10ml | fiolka | 600 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek stosowany w programie lekowym.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.7 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 7 - Doxorubicyna liposomalna

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Doxorubicyna liposomalna pegylowana** | koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji 2mg/ml | szt. | 650 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek stosowany w chemioterapii.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.8 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 8 - Tukatynib

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Tukatynib** | 150mg tabl a 84szt | op | 35 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek stosowany w programie lekowym.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.9 KOSZTORYS OFERTOWY

Część 9 - Torasemid, Argipresyna

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Torasemid** | 20mg/4ml a 5amp | op | 10 |  |  |  |
| 2. | **Torasemid** | 200mg/20ml a 5amp | op | 4 |  |  |  |
| 3. | **Argipresyna** | 40IU/2ml a 5amp | op | 6 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.10 KOSZTORYS OFERTOWY

**Część 10 - Tafasytamab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Tafasytamab** | proszek do sporz. roztworu do infuzji 200mg/fiol | szt. | 500 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek stosowany w programie lekowym.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.11 KOSZTORYS OFERTOWY

**Część 11 – Leki różne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Mirtazapina** | 15mg a 30tabl ulegający rozpadowi w jamie ustnej | 2 |  |  |  |
| 2. | **Thiamin ihydrochlor + pyridoxini hydrochlor + cyjanocobalamini** | 0,1g+0,2g+0,2mg a 100 tabl | 80 |  |  |  |
| 3. | **Citicoline** | płyn 1g/10ml a 10sasz. | 6 |  |  |  |
| 4. | **Cerebrolisine** | roztwór do wstrz. i infuzji 0,2152g/ml a 5amp a 10ml | 30 |  |  |  |
| 5. | **Febuxostad** | 80mgx28tabl | 1 |  |  |  |
| 6. | **Sildenafil** | 100mg a 4tabl | 2 |  |  |  |
| 7. | **Rosuvastatin** | 10mg a 30tabl | 100 |  |  |  |
| 8. | **Rosuvastatin** | 20mg a 30tabl | 100 |  |  |  |
| 9. | **Sirolimus** | 1mg a 30tabl | 2 |  |  |  |
| 10. | **Diclofenac** | 0,74mg/ml but a 200ml j.ustna, gardło | 6 |  |  |  |
| 11. | **Dulaglutide** | 1,5mg/0,5ml wstrzykiwacz | 3 |  |  |  |
| 12. | **Empaglifozin** | tabl powl 10mg a 30szt | 25 |  |  |  |
| 13. | **Glucagon** | 3mg/pojemn. proszek donosowy | 1 |  |  |  |
| 14. | **Ins degludec** | 200j/ml a 3ml wstrzykiwacz a 3szt | 3 |  |  |  |
| 15. | **Ins lispro** | 200j/ml a 3ml wstrzykiwacz a 5szt | 3 |  |  |  |
| 16. | **Ins lispro 25% i 75% zaw. protaminowa** | 100j/ml a 3ml 5wkładów | 2 |  |  |  |
| 17. | **Ins aspart fast acting** | 100j/ml a 3ml 5wkładów | 2 |  |  |  |
| 18. | **Ins glargine** | 100j/ml a 3ml 10wkładów | 1 |  |  |  |
| 19. | **Lithium carbonicum** | tabl a 250mg a 60szt | 2 |  |  |  |
| 20. | **Semaglutide** | tabl a 3mg a 30szt | 2 |  |  |  |

\* wypełnia Wykonawca

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.12 KOSZTORYS OFERTOWY

**Część 12 - Pixantron**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Pixantron** | fiol a 29mg | szt. | 60 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek stosowany w programie lekowym.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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

Załącznik nr 2.13 KOSZTORYS OFERTOWY

**Część 13 - Wismodegibum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | **Wismodegibum** | 150mg kaps a 28szt | op | 120 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek stosowany w programie lekowym.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

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