**Załącznik nr 2** do SWZ

**Opis przedmiotu zamówienia - ZAKUP LEKÓW W ROKU 2022 W OKRESIE 12 MIESIĘCY.**

**Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\* W przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.*

### 

### **Ja/ My niżej podpisany/ni\***

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oferujemy leki zgodnie z FORMULARZEM ASORTYMENTOWO – CENOWY**

| ***L.p.*** | ***Nazwa międzynarodowa leku*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Wartość netto***  obliczyć: 4 x 5) | ***Stawka  % VAT*** | ***Kwota***  ***VAT***  (obliczyć: 6 x 7) | ***Wartość***  ***brutto***  (obliczyć: 6 + 8) | ***Producent***  ***i nazwa leku*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | ***5.*** | ***6.*** | ***7.*** | ***8.*** | ***9.*** | ***10.*** |
| 1. | Acidum acetylsalicylicum 300mg, 20tbl. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Adenocor 0,006g/2ml 6 fiolek | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Amiodaroni hydrochloridum 50mg/ml, 6 amp po 3ml | op. | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Aqua Pro Injectione 500ml flakon lub worek | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Atropinum Sulfuricum 0,5mg/1ml,10 amp | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Atropinum Sulfuricum 1mg/1ml, inj., 10 amp. | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Calcii chloridum10%,  100mg/ml, 10ml, 10 amp | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Captoprilum 12,5mg tabl. 30 szt. | op. | 260 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Chlorpromazini hydrochloridum 25mg/5ml, 5 amp. | op. | 65 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Chlorsusccilin 200mg; 10 fiolek | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Clemastin 2mg/2ml , 5 amp | op. | 140 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Budesonidum 0,25mg/ml 2ml 20amp | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dexamethasonum Natrium phosphoricum 4mg/ml, 10 amp. 2ml | op. | 170 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Dexamethasonum Natrium phosphoricum 4mg/ml, 10 amp. 1ml | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Digoxin 0,25 mg/ml, 5 amp 2ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Dobutaminum 25mg/ml - fiol. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Dopamini hydro-chloridum 40mg/ml, 10 amp po 5ml | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Drotaverini hydrochloridum 20mg/ml,5amp po 2ml | op. | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Exacyl 500 mg/5ml opakowanie 5 ampułek | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Flumazenilum 100mcg/ml , 5 amp po 5ml | op. | 18 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Furosemidum 10mg/ml inj., 5 amp po 2ml | op. | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Gelofusine lub Gelaspan 500 ml roztw.do inf. Flakon lub worek | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Glucagoni hydrochloridum 1mg/ml , 1 fiol ss+rozp(strz) | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Glucosum 20% 10ml , 10 amp | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Glucosum 40% 10ml , 10 amp | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Glukoza 10%, rozt. d.inf., 500ml flakon lub worek | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Glyceroli trinitras 0,4mcg/doz. aerozol , 11 g (200dawek) | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Heparinum natricum25000jm/5ml, 10 fiol.5ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Hydrocortisonum 100mg 5 amp + rozp. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Hydrogenii peroxydum 3% 100 ml | szt. | 130 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Hydroxizina tabl 25 mg op 30 tabletek | op. | 190 |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Hydroxyzinum 50mg/ml, 5 amp.2ml | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Hyoscini butylbromidum 20mg/ml - 1ml, 10 amp | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Hypnomidate 20mg/10ml, | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Ibuprofen tabletki 200mg op 60 sztuk | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Inj. Natrii Chlorati 0,9% 10ml, 100 amp | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Injec.Adrenalini 0,1% 1mg/1ml, 10 amp | op. | 240 |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Injectio Glucosi 5% 50mg/ml, 500ml , flakon lub worek 100 ml | szt. | 310 |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Injectio Glucosi 5% 50mg/ml, 500ml , flakon lub worek 500 ml | szt. | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 40. | InjectioGlucosi 5%.et Natrii chlorati 0,9% (2:1) inj. Flakon lub worek 500ml | szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Isosorbidi mononitras 10mg – 60 tabletek powlekanych | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Jodyna 10g | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 43. | Kalium Chloride 15% 40mEg/ 20ml, 10fiolek. | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Ketonal kapsułki twarde 50 mg op 20 kapsułek | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Ketoprofenum 50mg/ml, 10 amp. 2ml (możliwość podawania dożylnie i domięśniowo) | op. | 260 |  |  |  |  |  |  |
| 46. | Lidocain 10% (100mg/ml) aerozol 38 g | szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 47. | Lignocainum Hydrochloricum 2% 20mg/ml (40mg/2ml) 10 amp po 2ml | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 48. | Lignocainum Hydrochloricum 2% żel "U" | szt. | 45 |  |  |  |  |  |  |
| 49. | Magnesil sulfas 20% 20mg/ml, 10amp. 10ml | op. | 165 |  |  |  |  |  |  |
| 50. | Mannitol 15 %/ 250ml flakon lub worek | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 51. | Metoclopramidi hydrochloridum 5mg/ml , 5 amp | op. | 260 |  |  |  |  |  |  |
| 52. | Metamizolum 2,5g/5ml, 5 amp. 5ml | op. | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 53. | Metoprololi tartras 1mg/ml, 5 amp | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 54. | Naloxoni hydrochloridum 400mcg/ml, 10 amp po1ml | op. | 8 |  |  |  |  |  |  |
| 55. | Natr. chloratum 0,9% inj. Flakon lub worek 100 ml | szt. | 540 |  |  |  |  |  |  |
| 56. | Natr. chloratum 0,9% inj. Flakon lub worek 500 ml | szt. | 3000 |  |  |  |  |  |  |
| 57. | Natrii hydrocarbonas 8,4%10amp. 20ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 58. | Nimbex Rozt.do wstrzyknięć i infuzji 2mg/1ml 5 amp lub fiol. po 5ml | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 59. | Nitrogliceryna 10mg/10ml,10amp | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 60. | Norepinephrine 1mg/ml , 10 amp. 1ml | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 61. | Octanisept do dezynfekcji  250 ml | szt. | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 62. | Oxytocyna 5 IU/ml; 10 amp. 1 ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 63. | Papaverini hydrochloridum 20mg/ml, 10amp po 2ml | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 64. | Paracetamol 0,01g/1ml 10 sztuk a 50 ml op 10 sztuk | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 65. | Paracetamolum 250mg czop. 10 szt. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 66. | Paracetamolum 50mg czop. 10 szt. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 67. | Paracetamolum 125mg czop. 10 szt. | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 68. | Paracetamolum 500mg 20 tabl. | op. | 140 |  |  |  |  |  |  |
| 69. | Phenazolinum 100mg/2ml, inj 10 amp | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 70. | Plawix 75 mg lub Clopidix 75 mg op 28 tabletek lub Areplex 75mg op 28 tabletek | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 71. | Prostin 500 microgramów/ml 5 amp a 1 ml | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 72. | Propofol 10mg/ml 5 amp lub fiol. 20ml | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 73. | Płyn Fizjologiczny Wieloelektrolitowy Izotoniczny ,flakon lub worek 500 ml | szt. | 2500 |  |  |  |  |  |  |
| 74. | Pyralgin 0,5g 6 tabl | op. | 180 |  |  |  |  |  |  |
| 75. | Rivanolum 0,1% but.100ml | but. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 76. | Salbutamol 5mg/2,5ml kapsułki do inhalacji op 20 | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 77. | Salbutamolum 0,5mg/ml , 10 amp | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 78. | Salbutamolum 100mcg/dawkę, aerozol | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 79. | Solu- medrol 0,5 g fiolka | szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 80. | Solutio Ringeri rozt. d/inf  500 ml flakon lub worek | szt. | 52 |  |  |  |  |  |  |
| 81. | Theospirex 20 mg/ml roztwór,  5 ampułek po 10 ml | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 82. | Torecan 6,5mg/1ml op 5 amułek | op. | 75 |  |  |  |  |  |  |
| 83. | Torecan czopki doodbytnicze 6,5 mg op. 6 sztuk | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 84. | Tramadoli hydrochloridum 50mg/ml, 5amp. 2ml | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |
| 85. | Urapidil 25mg/5ml, 5 amp (Ebrantil) | op. | 45 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  | **XX** |  |  | **XX** |

**UWAGA. Plik/dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/-ne do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy**

………………………………

Miejscowość i data

………………………………………………………………

Podpis