**Załącznik nr 8** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia

**Opis przedmiotu zamówienia dla części I zamówienia - ZAKUP LEKÓW**

**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.*** |
|  | Injec.Adrenalini 0,1% 1mg/1ml, 10 amp | op. | 240 |  |  |  |  |  |  |
|  | Adenocor 0,006g/2ml 6 fiolek | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |
|  | Flumazenilum 100mcg/ml , 5 amp po 5ml | op. | 17 |  |  |  |  |  |  |
|  | Aqua Pro Injectione 500ml flakon | op. | 90 |  |  |  |  |  |  |
|  | Atropinum Sulfuricum 0,5mg/1ml,10 amp | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | Atropinum Sulfuricum 1mg/1ml, inj., 10 amp. | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  | Metoprololi tartras 1mg/ml, 5 amp (Betaloc) | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | Hyoscini butylbromidum 20mg/ml - 1ml, 10 amp (Buscopan) | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Calcii chloridum10%,100mg/ml, 10ml, 10 amp | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  | Captoprilum 12,5mg tabl. 30 szt. | op. | 340 |  |  |  |  |  |  |
|  | Amiodaroni hydrochloridum 50mg/ml, 6 amp po 3ml Cordarone) | op. | 46 |  |  |  |  |  |  |
|  | Dexamethasonum Natrium phosphoricum 4mg/ml, 10 amp. 1ml | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | Dexamethasonum Natrium phosphoricum 4mg/2ml, 10 amp. 2ml | op. | 160 |  |  |  |  |  |  |
|  | Digoxin 0,25 mg/ml, 5 amp 2ml po 0,5mg | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |
|  | Dobutaminum 25mg/ml - fiol. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | Dopamini hydro-chloridum 40mg/ml, 10 amp po 5ml | op. | 13 |  |  |  |  |  |  |
|  | Urapidil 25mg/5ml, 5 amp (Ebrantil) | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | Chlorpromazini hydrochloridum 25mg/5ml, 5 amp. (Fenactil) | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |
|  | Chlorsusccilin 200mg; op 10 fiolek | fiol | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Furosemidum 10mg/ml inj., 5 amp po 2ml | op. | 580 |  |  |  |  |  |  |
|  | Gelofusine lub Gelaspan 500 ml roztw.do inf. 1 opak | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | InjectioGlucosi 5%.et Natrii chlorati 0,9% (2:1) inj. flak.500ml | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | Glucagoni hydrochloridum 1mg/ml , 1 fiol ss+rozp(strz) | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  | Glucosum 20% 10ml , 10 amp | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | Glucosum 40% 10ml , 10 amp | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | Injectio Glucosi 5% 50mg/ml, 500ml , flakon 500 ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | Injectio Glucosi 5% 50mg/ml, 500ml , flakon 100 ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | Heparinum natricum25000jm/5ml, 10 fiol.5ml | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydrocortisonum 100mg 5 amp + rozp. | op. | 320 |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydroxyzinum 50mg/ml, 5 amp.2ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  | Hypnomidate 20mg/10ml, **5** amp lubETOMIDATE-LIPURO EMUL.DO WSTRZ. 2 MG/ML **10** AMP.A 10ML  | op. | 15 lub 8 |  |  |  |  |  |  |
|  | Ketoprofenum 50mg/ml, 10 amp. 2ml (możliwość podawania dożylnie i domięśniowo) | op. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kalium Chloride 15% 40mEg/ 20ml, 10fiolek. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |
|  | Norepinephrine 1mg/ml , 10 amp. 1ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | Lidocain 10% (100mg/ml) aerozol 38 g | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Lignocainum Hydrochloricum 2% żel "U" | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Lignocainum Hydrochloricum 2% 20mg/ml (40mg/2ml) 10 amp po 2ml | Szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
|  | Mannitol 15 %/ 250ml | flakon | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | Magnesil sulfas 20% 20mg/ml, 10amp. 10ml | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  | Metoclopramidi hydrochloridum 5mg/ml , 5 amp Metoclopramidum 0,5% | op. | 550 |  |  |  |  |  |  |
|  | Natr. chloratum 0,9% inj. flakon.500 ml | szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Natr. chloratum 0,9% inj. flakon.250 ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Natr. chloratum 0,9% inj. flakon.100 ml | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Naloxoni hydrochloridum 400mcg/ml, 10 amp po1ml | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | Natrii hydrocarbonas 8,4%10amp. 20ml | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Inj. Natrii Chlorati 0,9% 10ml, 100 amp | op. | 230 |  |  |  |  |  |  |
|  | Nitrogliceryna 10mg/10ml,10amp | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Glyceroli trinitras 0,4mcg/doz. aerozol , 11 g (200dawek) | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | Nimbex Rozt.do wstrzyknięć i infuzji 2mg/1ml 10 amp po 5ml | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | Drotaverini hydrochloridum 20mg/ml,5amp po 2ml | op. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  | Papaverini hydrochloridum 20mg/ml, 10amp po 2ml | op. | 160 |  |  |  |  |  |  |
|  | Paracetamolum 250mg czop. 10 szt. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | Paracetamolum 500mg 20 tabl. | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |
|  | Paracetamol 0,01g/1ml 10 sztuk a 50 ml op 10 sztuk | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Clemastin 2mg/2ml , 5 amp | op. | 260 |  |  |  |  |  |  |
|  | Acidum acetylsalicylicum 300mg, 20tbl. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  | Phenazolinum 100mg/2ml, inj 10 amp | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | Płyn Fizjologiczny Wieloelektrolitowy Izotoniczny ,flakon 500 ml | szt. | 1750 |  |  |  |  |  |  |
|  | Metamizolum 2,5g/5ml, 5 amp. 5ml | op. | 700 |  |  |  |  |  |  |
|  | Rivanolum 0,1% but.100ml | but. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | Salbutamolum 0,5mg/ml , 10 amp | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  |  Theophyllinum 300mg/250ml | fiol. | 450 |  |  |  |  |  |  |
|  | Tramadoli hydrochloridum 50mg/ml, 5amp. 2ml | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | Salbutamolum 100mcg/dawkę, aerozol | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  | Salbutamol 5mg/2,5ml kapsułki do inhalacji op 20 | op | 55 |  |  |  |  |  |  |
|  | Glukoza 10%, rozt. d.inf., 500ml | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | Solu- medrol 0,5 g fiolka | szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  | Hydrogenii peroxydum 3% 100 ml | szt. | 260 |  |  |  |  |  |  |
|  | Solutio Ringeri rozt. d/inf 500 ml | flakon | 110 |  |  |  |  |  |  |
|  | Torecan 6,5mg/1ml op 5 amułek | op | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | Jodyna 10g | op | 20 but |  |  |  |  |  |  |
|  | Plawix 75 mg, clopidix 75 mg op 28 tabletek lub Areplex 75mg op 28 tabletek | op | 35 op |  |  |  |  |  |  |
|  | Pyralgin 0,5g 6 tabl  | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  74. | Octanisept do dezynfekcji 250 ml | Szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  75. | Hydroxizina tabl 25 mg op 30 tabletek | op. | 90 |  |  |  |  |  |  |
|  76. | Sztuczny lód | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  77. | Exacyl 500 mg/5ml opakowanie 5 ampułek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  78. | Ketonal kapsułki twarde 50 mg op 30 kapsułek | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  79. | Ibuprofen tabletki 200mg op 60 sztuk | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  80. | Torecan czopki doodbytnicze 6,5 mg op. 6 sztuk | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **XX** |  |  | **XX** |

………………………………, dnia ………………………… 2020 r.

 …………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

**Załącznik nr 9** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia

**Opis przedmiotu zamówienia dla części II zamówienia - ZAKUP LEKU** **BRILIQUE – TABLETKI ROZPUSZCZALNE W JAMIE USTNEJ.**

**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 LEK BRILIQUE zgodnie z FORMULARZEM ASORTYMENTOWO - CENOWYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***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***  |
| ***1.*** | ***2.***  | ***3.***  | ***4.***  | ***5.***  | ***6.***  | ***7.***  | ***8.***  | ***9.***  | ***10.*** |
|  1. | Brilique 90 mg opakowanie 56 tabletek rozpuszczalnych w jamie ustnej | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  | **XX** |  |  | **XX** |

………………………………, dnia ………………………… 2020 r.

 …………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

**Załącznik nr 10** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia

**Opis przedmiotu zamówienia dla części III zamówienia – ZAKUP PRODUKTÓW LECZNICZYCH ZAWIERAJĄCYCH ŚRODKI ODURZAJĄCE LUB SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE.**

**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 PRODUKTY LECZNICZE ZAWIERAJĄCE ŚRODKI ODURZAJĄCE LUB SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE zgodnie z FORMULARZEM ASORTYMENTOWO – CENOWYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***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. | Diazepam 0,01g/2,5ml wlewki 5 wlewek | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Diazepam 0,005g/2,5ml wlewki 5 wlewek | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Diazepam 5mg/ml, amp 2ml op 5 amp | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Clonazepam 1mg/1ml, 10amp | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Midazolam 5mg/1ml, 10amp | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Ketaminum 50mg/1ml, 5 fiol po 10 ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Ketaminum 10mg/1ml, 5 fiol po 20 ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  | **XX** |  |  | **XX** |

………………………………, dnia ………………………… 2020 r.

 …………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

**Załącznik nr 11** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia

**Opis przedmiotu zamówienia dla części IV zamówienia – ZAKUP MATERIAŁÓW OPATRUNKOWYCH**

**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 MATERIAŁY OPATRUNKOWE zgodnie z FORMULARZEM ASORTYMENTOWO – CENOWYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***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***  |
| ***1.*** | ***2.***  | ***3.***  | ***4.***  | ***5.***  | ***6.***  | ***7.***  | ***8.***  | ***9.***  | ***10.*** |
| 1 | Chusta trójkątna jednorazowego użytku  | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Siatka op.elast. r.6 (kol.,głow.) 1m | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Siatka op.elast. r.4 (stopa, ram.) 1m | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Siatka op.elast. r.8 (głowa, udo) 1m  | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Gaza jałowa ½ m2 | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Gaza jałowa 1 m2 | szt. | 4300 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Kompres gaz. n/j 17 nit 5x5 8w., 100 szt. | op. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Kompres włókn.jał. 10x10 op 3 sztuki  | szt | 2500 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Kompres gaz. 7,5x7,5 jał.op 3 sztuki. | szt. | 2800 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Lignina arkusze, 5 kg | op. | 90 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Lignina rolka 150g | szt. | 90 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Opaska elast.tkana 5mx10cm z zap.  | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Opaska elast.tkana 5mx15cm z zap.  | szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Opaska podtrz. dziana 4mx10cm | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Opaska podtrz.dziana4x15cm | szt. | 2000 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Opaska podtrz.dziana4x5cm | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Opatrunek indywidualny TYP A | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Przylepiec Polvus Plus 5mx1,25cm,  | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Przylepiec Polvus Plus 5mx5cm | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Przylepiec Polvus Plus 5mx2,5cm | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Plaster Prestovis T 1mx8cm | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Vena-plast do wenflona 76x51  | szt. | 20000 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Opatrunek schładzający na oparzenia 10x12, 1sztuk | Szt. | 220 |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Opatrunek schładzający na oparzenia22cmx 28cm, 1sztuk | szt. | 130 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | Wata opatrunkowa 500g | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | Opatrunek schładzający na oparzenia 6cmx12cm, 1sztuk | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Opatrunek schładzający na oparzenia zakładany na twarzRóżne rozmiary 1szt 30x40 ; 40x60 ; 25x25 | szt | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Opatrunek schładzający na oparzenia 12cm x 24 cm, 1sztuk | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  Sztuczny lód w areozolu 400ml | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  | **XX** |  |  | **XX** |

………………………………, dnia ………………………… 2020 r.

 …………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

**Załącznik nr 12** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia

**Opis przedmiotu zamówienia dla części V zamówienia – ZAKUP GAZIKÓW DO DEZYNFEKCJI**

**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 GAZIKI DO DEZYNFEKCJI zgodnie z FORMULARZEM ASORTYMENTOWO – CENOWYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***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***  |
| ***1.*** | ***2.***  | ***3.***  | ***4.***  | ***5.***  | ***6.***  | ***7.***  | ***8.***  | ***9.***  | ***10.*** |
| 1. | Gaziki do dezynfekcji , odkażania skóry nasączone 70% alkoholem izopropylowym o wielkości nie mniejszej niż 9cm na 6 cm, nie wymaga się gazika sterylnego | Op. po 100 szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  | **XX** |  |  | **XX** |

………………………………, dnia ………………………… 2020 r.

 …………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

**Załącznik nr 13** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia

**Opis przedmiotu zamówienia dla części V zamówienia – PASKÓW DO GLUKOMETRÓW**

**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 PASKI DO GLUKOMETRU zgodnie z FORMULARZEM ASORTYMENTOWO – CENOWYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***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***  |
| ***1.*** | ***2.***  | ***3.***  | ***4.***  | ***5.***  | ***6.***  | ***7.***  | ***8.***  | ***9.***  | ***10.*** |
| 1. | Paski do glukometru GlucoSure HT op 50 sztuk | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Płyn kontrolny  | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM:** |  | **XX** |  |  | **XX** |

**UWAGA** Zamawiający dopuszcza ofertę innych pasków do glukometru pod warunkiem dostarczenia do nich przy pierwszej dostawie bezpłatnie gleukometrów **w ilości – 50 sztuk.**

………………………………, dnia ………………………… 2020 r.

 …………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**