**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Karfilzomib -** proszek do sporządzania roztworu do infuzji, **10 mg** , fiol. | fiol. | 960 |  |  |  |  |  |   |   |
| 2. | **Karfilzomib -** proszek do sporządzania roztworu do infuzji, **30 mg** , fiol. | fiol. | 500 |  |  |  |  |  |   |   |
| 3. | **Karfilzomib -** proszek do sporządzania roztworu do infuzji, **60 mg** , fiol. | fiol. | 960 |  |  |  |  |  |   |   |
| 4. | **Romiplostimum**  inj. [prosz. do przyg. roztw.] **125 µg 1 fiol.** | fiol. | 190 |  |  |  |  |  |   |   |
| 5. | **Romiplostimum inj.** [prosz.+ rozp. do przyg. roztw.do wstrzykiw.] **250 µg 1 fiol.+ zestaw** | op. | 430 |  |  |  |  |  |   |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………

**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 2** |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać, ilość w opakowaniu** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Fondaparinux sodium roztwór do wstrz. (2,5 mg/0,5 ml) 10 amp.-strzyk.  | op | 70 |  |  |  |  |  |   |   |
| 2. | Fondaparinux sodium roztwór do wstrz. (7,5 mg/0,6 ml) 10 amp.-strzyk.  | op | 10 |  |  |  |  |  |   |   |
| 3. | Nadroparin calcium- roztwór do wstrz. podsk. i doż. (2850 j.m. AXa/0,3 ml) 10 amp.-strzyk. 0,3 ml | op | 800 |  |  |  |  |  |   |   |
| 4. | Nadroparin calcium- roztwór do wstrz. podsk. i doż. (3800 j.m. AXa/0,4 ml) 10 amp.-strzyk. 0,4 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |   |   |
| 5. | Nadroparin calcium- roztwór do wstrz. podsk. i doż. (5700 j.m. AXa/0,6 ml) 10 amp.-strzyk. 0,6 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |   |   |
| 6. | Nadroparin calcium- roztwór do wstrz. podsk. i doż. (7600 j.m. AXa/0,8 ml) 10 amp.-strzyk. 0,8 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |   |   |
| 7. | Nadroparin calcium- roztwór do wstrz. podsk. i doż. (9500 j.m. AXa/ml) 10 amp.-strzyk. 1 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |   |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………

**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 3** |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. |
| 1. | **Aethanol 96%** - 1 kg | op | 35 |  |  |  |  |  |   |   |
| 2. | **Spirytus 70% skażony 0,5% hibitanem** -1000 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |   |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………

**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 4** |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **FIDAXOMICIN** - tabl. powl. (200 mg) 20 szt. | op | 18 |  |  |  |  |  |   |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………

**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 5** |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Baricitinibum -** tabl. powl.**2** mg x 35 szt. | op | 48 |  |  |  |  |  |   |   |
| 2. | **Baricitinibum -** tabl. powl.4 mg x 35 szt. | op | 36 |  |  |  |  |  |   |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………

**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 6** |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Idarucizumab**  inf./inj. [roztw.] 2,5 g/50 ml 2 fiol. 50 ml  | op | 6 |  |  |  |  |  |  |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………

**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 7** |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa, postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Ibuprofen** 400 mg/100 mL, roztwór do infuzji x 20 but. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |   |
| 2. | **Propafenone hydrochloride** inj. 70 mg/20 ml x 5 amp. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |   |
| 3. | **Pyridostigmine bromide** tabl. draż. 60 mg x 150 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |   |
| 4. | **Solifenacin succinate** 5 mg tabl. powl. x 30 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |   |
| 5. | **Famotidine -** tabl. powl. **40 mg** x 60 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………

**Załącznik nr 1**

 3810/32/2023

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/WZÓR OFERTY CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Część nr 8** |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość brutto(wartość netto + VAT)** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać, ilość w opakowaniu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Erlotinib** tabl. powl. **25 mg** x 30 szt. | op | 12 |  |  |  |  |  |   |   |
| 2. | **Erlotinib** tabl. powl. **100 mg** x 30 szt. | op | 12 |  |  |  |  |  |   |   |
| 3. | **Erlotinib** tabl. powl. **150 mg** x 30 szt. | op | 24 |  |  |  |  |  |   |   |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca:**

………………………………………………………

……………………………………….………………

 (*pełnanazwa/firma, adres)*

***NIP:*** *……………………………………………………..*

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

………………………………………..………………

**Nr tel.** …………………………….…………………

**e-mail** ……………………………….………………