|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Załącznik nr 1 – 3/2020**  **Zadanie 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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Acetylcysteine -roztwór do wstrz. doż. (300 mg/3 ml)x 5 amp. 3 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Acetylcysteine- tabl. musujące (200 mg)x 20 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Acetylcysteine- tabl. musujące (600 mg)x 10 szt. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | ALLOPURINOL tabl. 0,1 g x 50 | op | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ALLOPURINOL tabl. 0,3 g x 30 | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Aluminium acetotartrate- żel 1% 75 g | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Aluminium acetotartrate- tabl. (1 g)x 6 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Amlodipine 5 tabl. 5 mg x30 | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Amlodipine 10 tabl. 0,01 g x30 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Amoxicillin tabl.powl. 0.5 g x 16 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Amoxicillin tabl.powl. 1 g x 16 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Amoxicillin/Clavulanic acid - prosz.do sp.zaw.doust.457mg/5ml x70ml | fl. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Amoxicillin/Clavulanic acid - tabl.powl. 0,625 g x 21 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Amoxicillin/Clavulanic acid - tabl.powl. 1 g x14 | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Amoxicillin/Clavulanic acid 0,6 g inj x 5 fiol. | op | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Amoxicillin/Clavulanic acid 1,2 g inj.x 5 fiol. | op | 2 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Bacitracin,Neomycin- maść tuba 20 g | op | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Bisoprolol fumarate tabl.powl. 5 mg x30 | op | 370 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Bromocriptine mesylate tabl. 2.5 mg x 30 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Cefuroxime axetil tabl.powl. 0,5 g x10 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Clindamycin roztwór do wstrz. dom. i inf. doż. (300 mg/2 ml) 2 ml x 5 amp. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Clindamycin- kaps. (300 mg)x 16 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | DICLOFENAC tabl.powl. 0.05 g x 50 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | DICLOFENAC SODIUM czop. 0.05 g x 10 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | DICLOFENAC SODIUM 100 czop. 0.1 g x 10 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Diclofenac sodium- roztwór do wstrz. dom. (75 mg/3 ml) 3 ml x 10 amp. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Dobutamine hydrochloride fiolka 250mg x 1 | fiol. | 2800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Ferric hydroxide/ polymaltose complex- syrop (50 mg Fe III/5 ml) but. 100 ml | op | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Ferric oxide polymaltose Complex inj.dom. 0,1 gFe+++/2ml x50 | op | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Ferric oxide saccharated complex- roztwór do wstrz. i inf. (20 mg Fe III/ml) 5 ml x 5 amp. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | FORMOTEROL FUMARATE prosz.do inh.w kaps. 0,012 mg x 60 | op | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Ketoprofen - żel (25 mg/g) tuba 50 g | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Ketoprofen- inj. dom. i doż.(100 mg/2 ml) 2 ml x 10 amp. | op | 1800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Ketoprofen- kaps. twarde (50 mg) x 20 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Ketoprofen- tabl. powl. (100 mg)x 30 szt. | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Nebivolol - tabl. 5 mg x 28 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Pantoprazole pr.do inj.doż. 0,04 g x10 fiol. | op. | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Pantoprazole tabl.powl. 0,04 g x56 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Pantoprazole- tabl. dojelitowe (20 mg)x 56 szt. | op | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Pefloxacin tabl.powl. 0,4 g x10 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Phenoxymethylpenicillin tabl. powl. (1 500 000 j.m.) 12 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Phenoxymethylpenicillin tabl. powl. (1 000 000 j.m.) 12 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | PIPERACILLIN/TAZOBACTAM inj.doż. 4.5 g x10 | op | 900 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Tigecycline- proszek do sporz. roztw. do inf. (50 mg) x 10 fiolek | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Torasemide- tabl. (10 mg) x 30 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 46. | Torasemide- tabl. (5 mg) x 30 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 47. | Vancomycin- proszek do sporz. roztw. do inf., ze wsk. do stosow. doustnego (1 g) 1 fiolka | fiol. | 2500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 48. | Vancomycin- proszek do sporz. roztw. do inf., ze wsk. do stosow. doustnego (500 mg) 1 fiolka | fiol. | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 49. | **Voriconazole** - proszek do sporz. roztw. do inf. (200 mg) 1 fiolka | fiol | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 2 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | LEVOFLOXACIN - roztw. do inf. (5 mg/ml) x 10 szt. 100 ml | op | 550 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | MEROPENEM- proszek do przyg. roztw. do wstrz. i inf.(1 g) x10 fiol. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | MEROPENEM- proszek do przyg. roztw. do wstrz. i inf.(500 mg)x 10 fiol. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Poz. 2 i 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **trwałość po rozpuszczeniu 24 h w temp. 2- 8 stopni C.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 3 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | AMPICILLIN inj. 1 g x1 | fiol. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | AMPICILLIN inj. 2 g x1 | fiol. | 3000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Amoxicillin/Clavulanic acid - prosz.do sp.roztw. do wstrz. lub inf. 2,2 g x 1 fiol. | fiol. | 3500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | BENZYLPENICILLIN POTASSIUM - inj. 1 000 000 j.m. x 1 fiol. | fiol. | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | BENZYLPENICILLIN POTASSIUM - inj. 3 000 000 j.m. x 1 fiol. | fiol. | 5000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | BENZYLPENICILLIN POTASSIUM - inj. 5 000 000 j.m. x 1 fiol. | fiol. | 8500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | CLARITHROMYCIN inj.doż. 500mg x1fiol | fiol | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | CLARITHROMYCIN 500 tabl.powl. 0,5 g x14 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | CLINDAMYCIN - roztw. do wstrz. 600 mg/4ml x 5 amp. | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | CLOXACILLIN SODIUM inj. 1 g x1 | fiol | 10 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | COLISTIMETHATE SODIUM - liof. do sporz. roztw. do wstrz., inf. i inh. 1 000 000 j.m. x 20 fiol. | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Dexamethasone- aerozol na skórę, zawiesina (0,28 mg/g) 32,5 g ( 55 ml) | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dexamethasone,Neomycin- aerozol na skórę, zawiesina 16,25 g ( 30 ml) | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | DOXYCYCLINE HYDROCHLORIDE inj. 0.1 g/5ml x10 fiol. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Doxycycline - kaps. (100 mg) x10 szt. | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | ERYTHROMYCINE tabl.powl. 0,2 g x16 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | NEOMYCIN SULPHATE tabl. 0.25 g x16 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | RIFAMPICIN kaps. 0,3 g x100 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | STREPTOMYCIN SULPHATE inj. 1 g x1 fiol | fiol | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | AMPICILLIN**/**SULBACTAM inj. 0,75g x1 fiol. | fiol. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | AMPICILLIN**/**SULBACTAM inj.1,5 g x1 fiol | fiol. | 4000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | AMPICILLIN**/**SULBACTAM inj. 3,0 g x1 fiol | fiol. | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 4 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Mitoxantrone -** konc..do sporz. roztw. do inf.  (2 mg/ml) 1 fiol 10 ml | fiol. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 5 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Fortrans** proszek do sporz. roztw. doustnego 74 g x 48 saszetek | op | 255 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 6 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Clonazepam- roztwór do wstrz. (1 mg/ml) x10 amp. 1 ml | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Clonazepam-tabl (0,5mg) x 30 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Clonazepam-tabl (2mg) x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Diazepam- tabl. (5 mg)x 20 szt. | op | 115 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Estazolam- tabl. (2 mg)x 20 szt. | op | 370 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Lorazepam- draż. (1 mg) x25 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Lorazepam- draż. (2,5 mg) x25 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Lormetazepam- tabl. (1 mg) x20 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 7 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | GliclazideMR 60 mg x 90 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Indapamide SR 1,5 mg x 90 tabl. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Perindopril argin. 10 mg x 90 tabl. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Perindopril argin. 5 mg x 90 tabl. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Perindopril argin.+Amlodipine 5mg/5mg x 90 tabl. | op | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Perindopril argin.+Amlodipine 5mg/10mg x 90 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Perindopril argin.+Amlodipine 10mg/5mg x 90 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Perindopril argin.+ Amlodipine 10mg/10mg x 90 tabl. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Tianeptine sodium 12,5 mg x 90 tabl. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Trimetazidine MR 35 mg x 90 tabl. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 8 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | CALCIUM GLUCONATE inj. 1g/10 ml x 10 amp | op | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 9 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | ADENOSINE inj. 6 mg/2ml x 6 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | AMIODARONE HYDROCHLORIDE inj. 0.15 g/3ml x 6 | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | AMIODARONE HYDROCHLORIDE tabl.powl. 0.2 g x 30 | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | AMISULPRIDE - tabl. (200 mg) x 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | AMISULPRIDE - tabl. powl. (400 mg) x 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | CLOPIDOGREL- tabl. powl. (300 mg) x 30 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | CLOPIDOGREL- tabl. powl. (75 mg) x 84 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | CLORAZEPATE DIPOTASSIUM - proszek i rozp. do sporz. roztw. do wstrz. (20 mg/2 ml) 5 fiolek + rozp. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | DROTAVERINE HYDROCHL. tbl. 0.08 g x 20 | op | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | DROTAVERINE HYDROCHLOR. inj. 0.04 g/2ml x 5 | op | 2 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | ENOXAPARIN SODIUM inj. 0.02 g/0.2ml x10 | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | ENOXAPARIN SODIUM inj.. 0,04 g/0,4 ML x10 | op | 2300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | ENOXAPARIN SODIUM inj. 0,06 g/0,6 ml x 10 | op | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | ENOXAPARIN SODIUM inj.. 0,08 g/0,8ml x 10 | op | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | ENOXAPARIN SODIUM inj.. 0,1 g/1ml x 10 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Felodipine / Ramipril- tabl. powl. 2,5 x 28 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Felodipine / Ramipril- tabl. powl. 5 x 28 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | GLIMEPIRIDE 2 tabl. 2 mg x 30 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | GLIMEPIRIDE 3 tabl. 3 mg x 30 | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | GLIMEPIRIDE 4 tabl. 4 mg x 30 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | INSULIN GLARGINE-  roztw. do wstrz. we wstrzykiwaczu (300 j./ml) 10 wstrzyk. 1,5ml SoloStar | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | INSULIN GLARGINE-  roztw. do wstrz. (100 j./ml) 5 wstrzyk. 3 ml SoloStar | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | INSULIN GLULISINE -   roztw. do wstrz. (100 j./ml) 5 wstrzyk. 3 ml SoloStar | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Insulin human,insulin neutral injection - roztw. do wstrz. (100 j.m./ml) 5 wstrzyk. 3 ml SoloStar | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Insulin lispro - roztw. do wstrz. (100 j.m./ml) 10 wstrzyk. 3 ml SoloStar | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | ISOSORBIDE MONONITRATE RETARD tabl.o przedł.uwaln. 0,1 g x 30 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | ISOSORBIDE MONONITRATE tabl.powl. 0.01 g x 60 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | ISOSORBIDE MONONITRATE- tabl. powl. o przedł. uwalnianiu (60 mg) x 30 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | ISOSORBIDE MONONITRATE tabl. powl.0,02 x 60 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Leflunomide -   tabl. powl. (20 mg) 30 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | RAMIPRIL - tabl. (10 mg) x 28 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | RAMIPRIL - tabl. (2,5 mg) x 28 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | RAMIPRIL - tabl. (5 mg) x 28 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Rasburicase- proszek i rozp. do przyg. konc. do sporz. roztw. do inf. (1,5 mg) 3 fiolki + 3 amp. rozp. 1 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | RESONIUM A prosz. 454 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | SOTALOL HYDROCHLORIDE tabl. 0.04 g x 60 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | SOTALOL HYDROCHLORIDE tabl. 0.08 g x 30 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Spiramycin- tabl. powl. (1,5 mln j.m.)x 16 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Spiramycin- tabl. powl. (3 mln j.m.) x10 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | TEICOPLANIN liof.do inj. 0.2 g x1 | fiol. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | TEICOPLANIN liof.do inj. 0.4 g x1 | fiol. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | TRANEXAMIC ACID - roztwór do wstrz. (500 mg/5 ml) x 5 amp. 5 ml | op | 850 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | TRANEXAMIC ACID - tabl. powl. (500 mg) x 20 szt. | op | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Valproate sodium- inj. (400 mg/4 ml) x fiol. | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | VALPROIC ACID- tabl. powl. o przedł. uwalnianiu (300 mg)x 30 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 46. | VALPROIC ACID- tabl. powl. o przedł. uwalnianiu (500 mg)x 30 | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 10 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Zestaw 9 pierwiastków śladowych do żywienia pozajelitowego (stabilność w worku 24h), 10 ml x 20 amp. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Koncentrat fosforanów organicznych do żywienia pozajelitowego, 20ml x 10 fiol. | op. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Emulsja tłuszczowa, zawierająca 4 oleje w tym 15% oleju rybiego, 500ml | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Emulsja tłuszczowa LCT - 20% w worku,500 ml | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Koncentrat pierwiastków śladowych dla wcześniaków, noworodków i dzieci, 10 ml x10 fiol. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Emulsja tłuszczowa, zawierająca 4 oleje w tym 15% oleju rybiego, 100 ml | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Worek trzykomorowy, centralny, do żywienia pozajelitowego, zawierający roztwór aminokwasów z tauryną, cztery rodzaje emulsji tłuszczowych w tym 15% oleju rybiego oraz 4 g N, o objętości 493 ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Worek trzykomorowy, centralny, do żywienia pozajelitowego, zawierający roztwór aminokwasów z tauryną, cztery rodzaje emulsji tłuszczowych w tym 15% oleju rybiego oraz 8 g N, o objętości 986 ml x 4 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Worek trzykomorowy, centralny, do żywienia pozajelitowego, zawierający roztwór aminokwasów z tauryną, cztery rodzaje emulsji tłuszczowych w tym 15% oleju rybiego oraz 12 g N 1477 ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Worek trzykomorowy, obwodowy, do żywienia pozajelitowego, zawierający roztwór aminokwasów, cztery rodzaje emulsji tłuszczowych w tym 15% oleju rybiego oraz 6,2g N, o objętości 1206 ml | szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Worek trzykomorowy, obwodowy, do żywienia pozajelitowego, zawierający roztwór aminokwasów z tauryną, cztery rodzaje emulsji tłuszczowych w tym 15% oleju rybiego oraz 7,4 g N, o objętości 1448 ml x 4 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Worek trzykomorowy, obwodowy do żywienia pozajelitowego, zawierający roztwór aminokwasów z tauryną, cztery rodzaje emulsji tłuszczowych w tym 15% oleju rybiego oraz 8 g N, o objętości 1904 ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Zestaw witamin rozpuszczalnych w wodzie, liofilizat x10 fiol. | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Zestaw witamin rozpuszczalnych w tłuszczach do żywienia pozajelitowego, 10 ml x 10 amp. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Zestaw witamin, rozpuszczalnych w tłuszczach dla małych dzieci, 10ml x 10 amp | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 11 (3/2020)** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Pierwiastki śladowe -koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji - 9 pierwiastków w 10 ml x 10 amp. | op | 120 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 2. | Aminokwasy do leczenia żywieniowego pozajelitowego noworodków urodzonych przedwcześnie z glukozą, elektrolitami i emulsją tłuszczową w workach RTU trójkomorowych, 300ml. 5,9% roztwór aminokwasów z elektrolitami - 160 ml, 50% roztwór glukozy - 80 ml, 12,5% emulsja tłuszczowa - 60 ml x 10 szt. | op | 2 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 3. | Koncentrat pierwiastków śladowych (Zn 100 µg/ml, Cu 20 µg /ml, Mn 0,5 µg/ml, Jod 1 µg/ml, Selen 2 µg/ml) do żywienia pozajelitowego u wcześniaków, noworodków, niemowląt i dzieci x 10 fiol. | op | 65 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 4. | Witaminy rozpuszczalne w tłuszczach i w wodzie 12 witamin 0,75g fiol. | szt. | 1300 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 5. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 5,4 g i energia niebiałkowa 780 kcal, objętośc 1500 ml | op | 420 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 6. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 7,3 g i energia niebiałkowa 1040 kcal, objętośc 2000 ml | op | 440 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 7. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie , zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 3,6 g i energia niebiałkowa 520 kcal, objętośc 1000 ml | op | 144 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 8. | Worek dwukomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i elektrolity o zawartości azotu 6,8 g i energia niebiałkowej 450 kcal, objętość 1500 ml | op | 50 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 9. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie , zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 4g i energia niebiałkowa 600 kcal, objętośc 1000 ml | op | 96 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 10. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 8,4 g i energia niebiałkowa 1320 kcal, objętośc 1500 ml | op | 400 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 11. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 6 g i energia niebiałkowa 900 kcal, objętośc 1500 ml | op | 160 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 12. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania obwodowo lub centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 8 g i energia niebiałkowa 1200 kcal, objętośc 2000 ml | op | 40 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 13. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 11,2 g i energia niebiałkowa 1760 kcal, objętośc 2000 ml | op | 100 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 14. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 9,9 g i energia niebiałkowa 1560 kcal, objętośc 1500 ml | op | 360 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 15. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 6,6 g i energia niebiałkowa 1040 kcal, objętośc 1000 ml | op | 30 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 16. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowego). Zawartości azotu 13,2 g i energia niebiałkowa 2080 kcal, objętośc 2000 ml | op | 24 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 17. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 7 g i energia niebiałkowa 960 kcal, objętośc 1000 ml | op | 36 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 18. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 10,5 g i energia niebiałkowa 1440 kcal, objętośc 1500 ml | op | 36 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 19. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 14 g i energia niebiałkowa 1920 kcal, objętośc 2000 ml | op | 36 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 20. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 9 g i energia niebiałkowa 840 kcal, objętośc 1000 ml | op | 36 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 21. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 13,5 g i energia niebiałkowa 1260 kcal, objętośc 1500 ml | op | 36 |  |  |  | |  |  |  |  |
| 22. | Worek trzykomorowy do żywienia pozajelitowego bez elektrolitów do podawania centralnie, zawierający aminokwasy, glukozę i emulsję tłuszczową (80% oleju z oliwek i 20% oleju sojowegoo). Zawartości azotu 13,5 g i energia niebiałkowa 1260 kcal, objętośc 1500 ml | op | 36 |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 12 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | BEBILON 1 /OD 1 MIES./ prosz 350 g | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | BEBILON 2 /OD 5 MIES./ prosz. 350 g | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | BEBILON HA RTF płyn 90ml | op | 312 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | BEBILON NENATAL PREMIUM 400g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | BEBILON PEPTI 1 DHA prosz. 450g | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | BEBILON PEPTI 2 DHA prosz. 450g | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | BEBILON COMFORT 1 prosz. 400 g | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | BEBILON HMF 2,2 g x 50 sasz. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 13 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | MLEKO NAN OPTIPROPRO H.A. 1 prosz. 400 g | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | MLEKO NAN OPTIPROPRO H.A. 2 prosz. 400 g | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | MLEKO PRE NAN (dla wcześniaków) płyn 70 ml x 32 but. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | NAN OPTIPRO 1 350 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | NAN OPTIPRO 2 350 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 14 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Dexamethasoni phosphate **-** roztw. do wstrz. (4 mg/ml) 5 amp. 1 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | METHYLPREDNISOLONE tabl. 16 mg x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | METHYLPREDNISOLONE tabl. 4 mg x 30 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | METHYLPREDNISOLONE tabl. 8 mg x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | METHYLPREDNISOLONE HEMISUCCINATE inj. 1g/10 ml x 1 | fiol | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | METHYLPREDNISOLONE HEMISUCCINATE inj. 250 mg/5 ml x 1 | fiol | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 15 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Surfactant -**   zawiesina do stos. dotchawiczego i dooskrzelowego (120 mg/1,5 ml) 2 fiolki 1,5 ml | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 16 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Cefepime dihydrochloride- proszek do sporz. roztw. do wstrz. (1 g) 1 fiol. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Cefepime dihydrochloride- proszek do sporz. roztw. do wstrz. (2 g) 1 fiol. | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | CEFOPERAZONE inj. 1g x1 | fiol. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Cefuroxime axetil- granulat do przyg. zaw. doustnej (125 mg/5 ml) but. 100 ml | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Cefuroxime axetil- granulat do przyg. zaw. doustnej (250 mg/5 ml) but. 50 ml | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | CLARITHROMYCIN gran.do p.zaw.doust 0,25 g/5ml 60 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | CLARITHROMYCIN gran.do p.zaw.doust. 0,125 g/5ml 60 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | CO-TRIMOXAZOLE - zawiesina doustna (240 mg/5 ml) but. 100 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Fosfomycin- granulat (3 g) 1 saszetka | op | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | LINCOMYCIN  roztw. do wstrz. i inf. (300 mg/ml) 1 amp. 2 ml x 1 fiol. | fiol. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | NEOMYCIN SULPHATE 0.5% maść oczna 3 g | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | NYSTATIN tabl.dopoch. 100.000 j.m.. x10 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | NYSTATIN tabl. 500.000 j.m. x16 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | NYSTATIN susp. 2 400 000 j.m. fl.24 ml | op | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | PREP.ZŁOŻ. ( CHLORQUINALDOL, METRONIDAZOLE ) tabl.dopoch. x 10 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | RIFAXIMIN - tabl. powl. (200 mg) x 28 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | RIFAXIMIN - granulat do sporz. zaw. doustnej (100 mg/5 ml) but. 60 ml | fl. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 17 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | CILAZAPRIL tabl.powl. 1 mg x 30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | CILAZAPRIL tabl.powl. 5 mg x 28 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | CILAZAPRIL tabl.powl. 2,5 mg x 28 | fl | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | GENTAMICIN SULPHATE inj.dom.i doż. 0.08 g/2ml x10 amp. | op | 210 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | LANSOPRAZOLE kaps. 0,03 g x28 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | LETROZOLE **-** tabl. powl. (2,5 mg) 30 szt. | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | LEVOFLOXACIN- tabl. powl. (250 mg) x 10 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | LEVOFLOXACIN- tabl. powl. (500 mg) x 10 szt. | op | 320 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | LOSARTANUM - tabl. powl. (50 mg) x 28 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | MIRTAZAPINE - tabl. powl. (30 mg)x 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | MIRTAZAPINE - tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej (30 mg)x 30 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | SULFASALAZINE EN tabl.powl. 0.5 g x 100 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | TAMSULOSINhydrochloride **-** kaps. o zmodyf. uwalnianiu (0,4 mg) 30 szt. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | THIETHYLPERAZINE MALATE inj. 6.5 mg/1ml x 5 amp. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | THIETHYLPERAZINE MALATE czop. 6.5 mg x 6 | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | THIETHYLPERAZINE MALATE tabl.powl. 6.5 mg x 50 | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | ZIPRASIDONE - kaps.twarde (80 mg) 56 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | ZIPRASIDONE - kaps.twarde (40 mg) 56 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 18 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| 1. | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 2. | BISACODYL czop. 0.01 g x 5 | op | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ALFACALCIDOL kaps. 0.25 mcg x 100 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | ALFACALCIDOL kaps. 1 mcg x 100 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | CLOTRIMAZOLE tabl.dopoch. 0.1 g x6 | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | CLOTRIMAZOLE 1% krem - x 20g | op | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | FLUTICASONE propionate zawiesina do inh. z nebuliz. (2mg/2 ml) 10 poj. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | HEMOFER PROLONGATUM draż. 0.105 g Fe++ x 30 | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | HEPARIN SODIUM krem 300 j.m./1g 20g | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | LACIDIPINE tabl.powl. 4 mg x 28 | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | PHENYLBUTAZONE 5% maść - 30 g | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | PHENYLBUTAZONE czop. 0.25 g x 5 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | POTASSIUM CHLORIDE PROLONG. tabl. 391mg K x 30 | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | SALBUTAMOL SULPHATE aerozol (100 µg/dawkę) 200 D | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | SALBUTAMOL SULPHATE płyn neb. 1mg/ml 2,5ml x 20amp. | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 19 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | ACENOCOUMAROL tabl. 4 mg x 60 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ACETYLSALICYLIC ACID tabl. powl. 0,15 g x 60 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ACETYLSALICYLIC ACID tabl.powl. 0.075 g x 60 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Acetylsalicylic acid S - tabl. (300 mg)x 20 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ACICLOVIR tabl. 0.4g x 30 | op | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | AMIKACIN- krople do oczu (3 mg/ml) but. 5 ml 0,3% | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | AMIKACIN SULPHATE inj. 0.25 g/2 ml x1 | amp | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | AMIKACIN SULPHATE inj. 1 g/4 ml x 1 | amp | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | ANTAZOLINE HYDROCHLORIDE inj.0.1g/2ml x10 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | AQUA pro inject. 10 ml x 100 amp. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | ARIPIPRAZOLE - tabl. (15 mg)x 28 szt. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | ATORVASTATIN- tabl. powl. (20 mg) 30 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | ATORVASTATIN- tabl. powl. (40 mg) 30 szt. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | ATROPINE SULPHATE inj. 0.5 mg/1ml x 10 | op | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | ATROPINE SULPHATE inj. 1 mg/1ml x 10 | op | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | BACLOFEN tabl. 0.01 g x 50 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | BACLOFEN tabl. 0.025 g x 50 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | BARIUM SULFURICUM susp.200g/200ml 200 ml | fl | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Betahistine dihydrochloride- tabl. (24 mg)x 60 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | BUDESONIDE zaw.do nebuliz. 0,125 mg/1ml 2 ml x 20 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | BUDESONIDE zaw.do nebuliz. 0,250 mg/1ml 2 ml x 20 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE 0.5% inj. 5 mg/1 ml 10 ml x 10 amp. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Bupivacaine hydrochloride Spinal 0,5% Heavy - roztw. do wstrz. (5 mg/ml) 5 fiolek 4 ml | op | 470 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | CALCIUM CHLORIDE 10%  roztw. do wstrz. (100 mg/ml) x 10 amp. 10 ml | op | 550 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | CARBAMAZEPINE RETARD tabl.o przedł.uwaln.( 200 mg) x 50 | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Carbocisteine 5% - syrop (50 mg/ml) but. 120 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | CARVEDILOL 25 tabl. 0,025 g x 30 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | CARVEDILOL 6,25 tabl. 6,25 mg x 30 | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | CARVEDILOL 12,5 tabl. 0,0125 g x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | CEFAZOLIN -   proszek do sporz. roztw. do wstrz. i inf. (1 g) 1 fiolka | fiol | 8 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | CEFOTAXIME -  proszek do sporz. roztw. do wstrz. (1 g) 1 fiolka | fiol | 2 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | CEFTAZIDIME- proszek do przyg. roztw. do wstrz. doż. , dom. i inf. (**1g**) fiol. | fiol. | 6 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | CEFTRIAXONE SODIUM -  proszek do sporz. roztw. do wstrz. (1 g) 1 fiolka | fiol | 5 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | CEFTRIAXONE SODIUM -  proszek do sporz. roztw. do wstrz. (2 g) 1 fiolka | fiol | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | CEFUROXIME SODIUM inj.doż./dom. 0,75 g x1 | fiol. | 3 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | CEFUROXIME SODIUM inj.doż. 1,5 g x1 | fiol. | 20 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | CETIRIZINE DIHYDROCHLOR. tabl.powl. 0.01 g x 30 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | CETIRIZINE DIHYDROCHLOR. syrop 5 mg/5ml x 100ml | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | CETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE 1% krople 0,01 g/1ml 20ml | fl | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Chlorpromazine hydrochloride - roztwór do wstrz. (25 mg/5 ml) 5 amp. 5 ml | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Chlorpromazine hydrochloride - roztwór do wstrz. (50 mg/2 ml) 10 amp. 2 ml | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | CIPROFLOXACIN krople do oczu 0,3% 5ml | fl | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | Ciprofloxacin- tabl. powl. (250 mg)x 10 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Ciprofloxacin- tabl. powl. (500 mg)x 10 szt. | op | 360 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | CIPROFLOXACIN - roztwór do inf. (2 mg/ml) 100 ml | szt | 7 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 46. | CIPROFLOXACIN - roztwór do inf. (2 mg/ml) 200 ml | szt | 1 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 47. | CLEMASTINE FUMARATE tabl. 1 mg x 30 | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 48. | CLEMASTINE FUMARATE inj. 2 mg/2ml x 5 | op | 1300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 49. | CLEMASTINE FUMARATE syrop 0.01 g/100 ml | fl | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 50. | COLECALCIFEROL - płyn doustny (15 000 j.m./ml) 1 but. 10 ml | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 51. | CO-TRIMOXAZOLE inj. 0.48 g/5ml x 10 | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 52. | Cyanocobalamin- roztwór do wstrz. (100 µg/ml) x10 amp 1 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 53. | Cyanocobalamin- roztwór do wstrz. (1000 µg/2 ml)x 5 amp. 2 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 54. | DICLOFENAC PROLONGATUM tabl.powl. 0.1 g x20 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 55. | DIGOXIN inj. 0.5 mg/2ml x 5 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 56. | DIGOXIN tabl. 0.25 mg x 30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 57. | DOPAMINE HYDROCHLORIDE 4% inj. 0.2 g/5ml x10 | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 58. | DOXAZOSIN- tabl. (2 mg)x 30 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 59. | DOXAZOSIN- tabl. (4 mg)x 30 szt. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 60. | ENALAPRIL MALEATE tabl. 0,005 g x 60 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 61. | ENALAPRIL MALEATE tabl.0,01 x 60 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 62. | ENALAPRIL MALEATE tabl. 0,02 g x 60 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 63. | EPINEPHRINE inj. 1 mg/1ml x10 | op | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
| 64. | Escitalopram - tabl. powl. (10 mg) 28 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 65. | ESOMEPRAZOLE- proszek do przyg. roztw. do wstrz. i inf. (40 mg) 10 fiolek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 66. | FLUCONAZOLE tabl. 100 mg x 28 | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 67. | Fludrocortisone acetate,Gramicidin,Neomycin -   krople do oczu i uszu, zawiesina but. 5 ml | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 68. | FLUOXETINE kaps. 0,02 g x 30 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 69. | Fosfomycyna 40 mg/ ml prosz.do sporz. roztw. do inf. 2 g x 10 but. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 70. | Fosfomycyna 40 mg/ ml prosz.do sporz. roztw. do inf. 4 g x 10 but. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 71. | FUROSEMIDE inj. 0.02 g/2ml x5 | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 72. | FUROSEMIDE inj. 0.02G/2ML x50 amp | op | 750 |  |  |  |  |  |  |  |
| 73. | FUROSEMIDE tabl. 0.04 g x30 | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 74. | Gentamicin- krople do oczu, roztwór (3 mg/ml) but. 5 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 75. | Haloperidol - krople doustne, roztwór (2 mg/ml) but. 10 ml | fl | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 76. | Haloperidol - roztwór do wstrz. (5 mg/ml)x 10 amp. 1 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 77. | Haloperidol - tabl. (1 mg)x 40 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 78. | Haloperodol - tabl. (5 mg) 30 szt. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 79. | HEPARIN SODIUM inj.doż. 25.000 j.m./ 5 ml x 10 fiol. | op | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 80. | HYDROCHLOROTHIAZIDE tabl. 0.025 g x30 | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 81. | Ibuprofen (dla dzieci) - czopki doodbytnicze (60 mg)x 10 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 82. | Ibuprofen (dla dzieci) - czopki doodbytnicze (125 mg)x 10 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 83. | IBUPROFEN dla dzieci zaw.doust. 0,1 g/5ml 100ml | fl | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 84. | Ibuprofen- tabl. draż. (200 mg) x60 szt. | op | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 85. | INDAPAMIDE tabl.. 2,5 mg x 20 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 86. | ITRACONAZOLE - kaps. (100 mg) 28 szt. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 87. | KETOCONAZOLE - tabl.( 200 mg) 10 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 88. | LIDOCAINE HYDROCHLOR.cum NOREPINEPHRINE 2% inj. 2 ml x 10 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 89. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% inj. 0.02 g/1ml 2 ml x10 amp. | op | 380 |  |  |  |  |  |  |  |
| 90. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% inj. 0.01 g/1ml 2 ml x 10 amp. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 91. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% inj. 0.01 g/1ml 20 ml x 5 fiol. | op | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 92. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% inj. 0,02 g/1ml 20 ml x 5 fiol. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 93. | Linezolid- roztwór do inf. (2 mg/ml) 1 worek 300 ml | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 94. | Linezolid- tabl. powl. (600 mg) 10 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 95. | LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE tabl. 2 mg x 30 | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 96. | MAGNESIUM SULFURICUM inj.doż. 2 g/10ml x10 | op | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 97. | METAMIZOLE SODIUM inj. 1 g/2ml x 5 | op | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 98. | METAMIZOLE SODIUM inj. 2.5 g/5ml x 5 | op | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 99. | METAMIZOLE SODIUM tabl. 0.5 g x 20 | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 100. | METFORMIN HYDROCHLORIDE tabl. 0.85 g x 60 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 101. | METFORMIN HYDROCHLORIDE tabl. 0.5 g x 60 | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
| 102. | METOCLOPRAMIDE HYDROCHLOR. tabl. 0.01 g x50 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 103. | METOCLOPRAMIDE HYDROCHLOR. inj. 0.01 g/2ml x5 | op | 1800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 104. | METOPROLOL TARTRATE inj. 1 mg/1ml 5 ml x 5 amp. | op | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 105. | METOPROLOL SUCCINATE ZK 47,5 mg tabl.o przedł.uwaln. x 28 | op | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 106. | METOPROLOL SUCCINATE ZK 95 mg tabl.o przedł.uwaln. x 28 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 107. | METOPROLOL TARTRATE tabl. 0,05g x30 | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 108. | METOPROLOL TARTRATE tabl. 0,1g x30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 109. | METRONIDAZOLE tabl. 0.25 g x20 | op | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
| 110. | METRONIDAZOLE tabl.dopoch. 0.5 g x10 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 111. | METRONIDAZOLE 0.5% inj. - x 100 ml | szt | 9 950 |  |  |  |  |  |  |  |
| 112. | MOLSIDOMINE tabl. 4 mg x 30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 113. | MOLSIDOMINE tabl. 2 mg x 30 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 114. | NALOXONE HYDROCHLORIDE inj. 0.4 mg/1ml x 10 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 115. | NOREPINEPHRINE TARTRATE inj. 0,004g/4ml x 5 amp. | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 116. | NOREPINEPHRINE TARTRATE inj. 1 mg/1ml x 10 amp. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 117. | OFLOXACIN 0.3% krop.do oczu 3 mg/1ml 5ml | fl | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 118. | OMEPRAZOLE- proszek do sporz. roztw. do inf. (40 mg) 1 fiolka | fiol | 16 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 119. | OPIPRAMOL HYDROCHLORIDE tabl. 0.05 g x 20 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 120. | PAPAVERINE HYDROCHLORIDE inj. 0.04 g/2ml x10 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 121. | Paracetamol,Tramadol hydrochloride (1 tabl. powl. zawiera 37,5 mg chlorowodorku tramadolu i 325 mg paracetamolu.)x 60 tabl.powl. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 122. | Pentoxifylline - tabl.powl.o przedł.uwalnianianiu (400mg) x 30 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 123. | PENTOXIFYLLINE konc.do wl.doż. 0.3 g/15ml x10 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 124. | Phenytoin tabl. 100 mg x 60 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 125. | Phytomenadione- roztwór do wstrz. (10 mg/ml) x 10 amp. 1 ml | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 126. | PHYTOMENADIONE tabl.drażowane 0,01 g x 30 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 127. | PIRACETAM inj. 1 g/5ml x12 | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 128. | PIRACETAM inj. 12g/60 ml x1 | fl | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 129. | PIRACETAM tabl. powl. 1.2g x 60 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 130. | PIRACETAM tabl.powl. 0.8g x 60 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 131. | POTASSIUM CHLORIDE 15% inj. 0.15 g/1ml 10 ml x 50 | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 132. | PREP.ZŁOŻ. ( AMILORID, HYDROCHLOROTHIAZIDE ) mite tabl. x 50 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 133. | PREP.ZŁOŻ. ( AMILORID, HYDROCHLOROTHIAZIDE ) tabl. x 50 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 134. | Propafenone hydrochloride- tabl. powl. (150 mg)x 20 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 135. | Propafenone hydrochloride- tabl. powl. (300 mg)x 20 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 136. | PROPRANOLOL HYDROCHLORIDE inj. 1 mg/1ml x10 | op | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 137. | Propranolol hydrochloride- tabl. (10 mg)x 50 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 138. | Propranolol hydrochloride- tabl. (40 mg) 50 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 139. | PYRANTEL PAMOATE zaw. 0.25 g/5ml 15 ml | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 140. | PYRANTEL PAMOATE tabl. 0.25 g x 3 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 141. | RANITIDINE HYDROCHLORIDE 0.05% płyn inf. x 100 ml | fl. | 1100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 142. | RANITIDINE HYDROCHLORIDE tabl.powl. 0.15 g x 60 | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 143. | Rosuvastatin- tabl. powl. (10 mg) 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 144. | Rosuvastatin- tabl. powl. (20 mg) 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 145. | Rosuvastatin- tabl. powl. (40 mg) 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 146. | SALBUTAMOL SULPHATE inj. 0.5 mg/1ml x 10 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 147. | SERTRALINE - tabl. powl. (50 mg)x 28 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 148. | SERTRALINE - tabl. powl. (100 mg)x 28 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 149. | Simvastatin- tabl. powl. (20 mg)x 28 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 150. | Simvastatin- tabl. powl. (40 mg)x 28 szt. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 151. | SODIUM CHLORIDE inj. 9 mg/1ml 10 ml x 50 | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 152. | SODIUM CHLORIDE 10% inj. 10 ml x 100 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 153. | SODIUM HYDROCARBONATE 8.4% inj.doż. 20 ml x10 | op | 650 |  |  |  |  |  |  |  |
| 154. | SULFACETAMIDE SODIUM 10% krop.do oczu 0,5 mg/ ml - x 12 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 155. | TINIDAZOLE tabl.powl. 0.5 g x 4 | op | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 156. | TRAMADOL HYDROCHLOR. krop.doustne 0,1g/1ml 96ml | fl | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 157. | TRAMADOL HYDROCHLOR.- roztwór do wstrz. (100 mg/2 ml)x 5 amp. 2 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 158. | TRAMADOL HYDROCHLOR.- roztwór do wstrz. (50 mg/ml)x 5 amp. 1 ml | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 159. | TRAMADOL HYDROCHLOR.-tabl.o przedł.uwalnianiu (200 mg) x 30 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 160. | TRAMADOL HYDROCHLORIDE kaps. 50mg x20 | op | 360 |  |  |  |  |  |  |  |
| 161. | TRAMADOL HYDROCHLORIDE tabl.o przedł.uwaln.( 100 mg ) x 30 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 162. | TROPICAMIDE 1% - krople do oczu, roztwór (10 mg/ml) 10 ml (2 x 5 ml ) | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 163. | Vitamin B group- tabl. draż.x 50 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 164. | VERAPAMIL HYDROCHLORIDE - tabl. powl. (40 mg) x 20 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 165. | VALSARTAN- tabl. powl. (80 mg)x 28 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 166. | VALSARTAN- tabl. powl. (160 mg)x 28 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

**Zadanie 20 (3/2020)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | **Diazepam**- mikrowlewki doodbytnicze, roztwór (10 mg/2,5 ml)x 5 szt | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Diazepam**- mikrowlewki doodbytnicze, roztwór (5 mg/2,5 ml)x 5 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Diazepam**- roztwór do wstrz. (10 mg/2 ml)x 50 amp. 2 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Ephedrine hydrochloride** inj. 0.025 g/1ml x10 | op | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Fentany**l- roztwór do wstrz. (100 µg/2 ml)x 50 amp. 2 ml | op | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | **Midazolam**- roztwór do wstrz. (5 mg/5 ml)x 10 amp. 5 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | **Midazolam**- roztwór do wstrz. (50 mg/10 ml)x 5 amp. 10 ml | op | 260 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | [**Morphine sulphate**- roztwór do wstrz. (10 mg/ml) x10 amp. 1 ml](http://baza.pharmindex.pl/index.php/page,Pharmindex.SubstDetails/SubstID,797) | op | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | [**Morphine sulphate**- roztwór do wstrz. (20 mg/ml) x10 amp. 1 ml](http://baza.pharmindex.pl/index.php/page,Pharmindex.SubstDetails/SubstID,797) | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | **Zolpidem tartrate**- tabl. powl. (10 mg)x 20 szt. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 21 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | CIPROFLOXACIN LACTATE 1% konc.do przyg. roz. 0,2g/20ml x10 fiol. | op | 550 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | CIPROFLOXACIN LACTATE 1% konc.do sporz.roz. 0.1 g/10ml x10 amp. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 22 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | ALBUMIN HUMAN roztw. do inf. 200 mg/ ml 10 ml | fiol. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | CHLOROQUINE DIPHOSPHATE tabl. 0,25 g x 30 | op | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | CO-TRIMOXAZOLE 960 tabl. 0.960 g x 10 | op | 320 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | DEXAMETHASONE tabl. 1 mg x 20 | op | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | FLUDROCORTISONE ACETATE tabl. 0.1 mg x 20 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | FURAGIN/FURAZIDIN tabl. 0.05 g x 30 | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Hydroxyzine hydrochloride - tabl. powl. (10 mg)x 30 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Hydroxyzine hydrochloride - tabl. powl. (25 mg)x 30 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | LEVETIRACETAM tabl.powl. 0,5 g x 50 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Mianserin hydrochloride - tabl. powl. (10 mg)x 30 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Mianserin hydrochloride - tabl. powl. (30 mg)x 30 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | NAPROXEN 250 tabl. 0,25 g x 50 | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | NAPROXEN 500 tabl. 0,5 g x 20 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | NICERGOLINE tabl.powl. 0.01 g x50 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | NORFLOXACIN tabl.powl. 400 mg x 20 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Olanzapine - kaps. twarde (7,5 mg)x 30 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Olanzapine - tabl. powl.(10 mg) 30 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Olanzapine - tabl. powl.(5 mg) 30 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Olanzapine - tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej (10 mg)x 28 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Olanzapine - tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej (5 mg)x 28 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | OMEPRAZOLE- kaps. (20 mg) 56 szt. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Ondansetron - tabl.powl. (8 mg) x 10 szt. | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | PREDNISONE tabl. 0.01 g x 20 | op | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | PREDNISONE tabl. 0.02 g x 20 | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | PREDNISONE tabl. 5 mg x 100 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | PROGESTERONE 50 tabl.podj. 0,05 g x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | PROGESTERONE tabl.dopochw. 50mg x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Quetiapine - tabl. powl..( 25 mg) x 30 | op | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Quetiapine - tabl. o przedł. uwalnianiu (XR) (300 mg) x 60 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Quetiapine - tabl. powl. (300 mg) x 60 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Quetiapine - tabl.powl.( 100 mg) x 60 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Quetiapine - tabl.powl.( 200 mg) x 60 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | TETANUS IMMUNOGLOBULIN - roztwór do wstrz. dom. (250 j.m./ml) x 1 amp.-strzyk. 1 ml | op. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Venlafaxine - kaps. o przedł. uwalnianiu (150 mg)x 28 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Venlafaxine - kaps. o przedł. uwalnianiu (37,5 mg) x 28 szt. | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Venlafaxine - kaps. o przedł. uwalnianiu (75 mg)x 28 szt. | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 23 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | ASCODAN tabl. x 10 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Alfa lipoic acid - tabl. powl.600 mg x 30 | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Alfa lipoic acid - roztw. do inf. 600 mg/50 ml | fiol | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | ACTIFEROL Fe -  proszek (7 mg) 30 saszetek | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ALBENDAZOLE  zawiesina doustna (100 mg/5 ml) but. 20 ml | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ASPARGIN tabl. 0.5 g x 50 | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | ATROPA BELLADONNA EXTRACT tabl. 0.25 mg x 20 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Azathioprine -  tabl. (50 mg) 50 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | BISACODYL tabl.powl. 5 mg x 30 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | BUSULFAN -  tabl. powl. (2 mg) 100 szt. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | BUTYLSCOPOLAMINE tabl. drażow. 0.01 g x 30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | BUTYLSCOPOLAMINE czop. 0.01 g x 6 | op | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | CALCIUM syrop - 150 ml | fl | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | CALCIUM CARBONATE 500 kaps. 0,2 g x 200 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | CALCIUM LACTAT.GLUCONAT.- tabl. musujące (1,373 g Ca) 12 szt. | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | CAPTOPRIL tabl. 0.0125 g x 30 | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | CAPTOPRIL tabl. 0,025g x 30 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | CAPTOPRIL tabl. 0,050g x 30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | CARBAMAZEPINE RETARD tabl.o przedł.uwaln.(400 mg) x 50 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | CARBAMAZEPINE RETARD - tabl. o przedł. uwalnianiu (600 mg) 50 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | CHLORQUINALDOL tabl.do ssania 2 mg x 40 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Colchicum Dispert tabl.powl. 0,5 mg x 20 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Crotamiton- maść (100 mg/g) 1 tuba 40 g | op | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Cyanocobalamin 1 mg, Lidocaine hydrochloride 20 mg, Pyridoxine hydrochloride 100 mg, Thiamine hydrochloride 100 mg- roztw. do wstrzyk. 2 ml x 5 amp. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Danazol -  tabl. (200 mg) 100 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | DIHYDROXIALUMINI SODIUM CARBONATE zaw. 0.34 g/5ml x 250 ml | fl | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | DIHYDROXIALUMINI SODIUM CARBONATE tabl.do ssania 0.34 g x 40 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | [Distigmine bromide – tabl. 5 mg x 20](http://www.pharmindex.pl/searchResults.php?sn=Distigmine%20bromide&oper=dc.la&page=0&sidx=4.0%2C54.0%2C6.0%2C7.0%2C11.0&limit=10) | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Deferoxamine mesylate- proszek do przyg. roztw. do wstrz. (500 mg)x 10 fiolek | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Esculoside /Lidocaine hydrochloride- maść doodbytnicza tuba 30 g | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | ETAMSYLATE tabl. 0.25 g x 30 | op | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | ETAMSYLATE inj. 0.25 g/2ml x 50 | op | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | FENOFIBRATE - kaps.tward.(160 mg) 30 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | FENOFIBRATE -  kaps.tward. (267 mg) 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | FERROUS GLUCONATE tabl. drażowane (23,2 mg Fe II) 50 szt. | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Flumazenil- roztwór do wstrz. (500 µg/5 ml) 5 amp. 5 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | FOLIC ACID tabl. 0.015 g x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | FOLIC ACID tabl. 5 mg x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Gastrolit- proszek do sporz roztw. 15 saszetek | op | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Glucosum 20%- roztwór do wstrz. doż. (200 mg/ml) x 50 amp. 10 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | GLYCERYL TRINITRATE aerosol.do st.podjęzk. 0,4 mg/daw. x 200 D. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | HYDROCORTISONE tabl. 0.02 g x 20 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | HYDROXYCARBAMIDE kaps. 0,5 g x 100 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | LITHIUM CARBONATE tabl. 0.25 g x 60 | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Mebeverine hydrochloride- kaps. o przedł. uwalnianiu (200 mg) 60 szt | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 46. | Metildigoxin - tabl. (100 µg) x 30 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 47. | Mesalazine - tabl.dojelit. 250 mg x 100 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 48. | Mesalazine - tabl.dojelit. 500 mg x 100 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 49. | Mesalazine - czopki 500 mg x 30 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 50. | Neospasmina- syrop but. 150 g | fl. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 51. | NEOSTIGMINE METHYLSULPHATE inj. 0.5 mg/1ml x 10 | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 52. | NITRENDIPINE tabl. 0.01 g x 30 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 53. | NITRENDIPINE tabl. 0.02 g x 30 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 54. | Oseltamivir -  kaps. twarde (30 mg) 10 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 55. | Oseltamivir -  kaps. twarde (45 mg) 10 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 56. | Oseltamivir kaps. twarde (75 mg) 10 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 57. | PIROXICAM tabl.powl. 0.02 g x 20 | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 58. | POVIDONE-IODINE 10% maść 20 g | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 59. | PRIDINOL HYDROCHLORIDE tabl. 5 mg x 50 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 60. | PRIMIDONE tabl. 0.25 g x 60 | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 61. | SALBUTAMOL SULPHATE syrop 0.04 g/100ml | fl | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 62. | SEBIDIN tabl.do ssania x 20 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 63. | SODIUM DIHYDROPHOSPHATE, SODIUM HYDROPHOSPHATE płyn doodbyt. 150ml x 50 fl. | op | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 64. | Spasmalgon - roztw. do wstrz. x 10 amp. 5 ml | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 65. | Specjalistyczny krem kojąco - łagodzący Radioprotect do skóry narażonej na działanie promieniowania jonizującego, wymagana folia zabezpieczająca krem, opakowanie zabezpieczone przed przypadkowym  otwarciem - 100 ml | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 66. | SPIRONOLACTONE tabl.powl. 0.1 g x 20 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 67. | SPIRONOLACTONE tabl. 0.025 g x 100 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 68. | THIAMAZOLE tabl. 5 mg x 50 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 69. | TORMENTIOL maść 20 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 70. | UROSEPT tabl. drażow. x 60 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 71. | URSODEOXYCHOLIC ACID kaps. 0,25 g x 100 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 72. | VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR tabl.o przedł. uwaln. 0.12 g x40 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 73. | VERAPAMIL HYDROCHLORIDE SR tabl.o przedł. uwaln. 0.24 g x20 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 74. | VINPOCETINE tabl. 5 mg x 100 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 75. | VIT. A+D3 /20 000J.M.A+10 000J.M.D3/ krople 10 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 76. | VIT. A+E (30 000J.M. A + 70 MG E) kaps. x 30 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 77. | VIT. PP tabl. 0.2 g x 20 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 24 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Chlorambucil- tabl. powl. (2 mg) 25 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Melphalan- tabl. powl. (2 mg) 25 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 25 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | SUGAMMADEX - roztw. do wstrz. (100 mg/ml) 10 fiolek 2 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 26 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | HEPATITIS B IMMUNOGLOBULIN GAMMA ANTY HBS inj. 180 j.m. x1 | fiol | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 27 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | ACARBOSE tabl. 0.05 g x30 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ACARBOSE tabl. 0.1 g x 30 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | AMANTADINE SULPHATE rozt.do wl.doż. 0,2 g / 500 ml x 10 but. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | AMANTADINE SULPHATE tabl.powl. 0,1 g x 100 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ANTYTOKSYNA JADU ŻMIJI inj. 500 j./ 5 ml x 1 | amp. | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | BUTYLSCOPOLAMINE inj. 0.02 g/1ml x 10 | op | 420 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | CALCITONIN (SALMON SYNTHETIC) 100 inj. 100 j.m./1ml x 5 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | CANRENONE POTASSSIUM inj. 0.02 g/1ml x10 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | CHLORTALIDONE tabl. 50 mg x 20 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | CLOMETHIAZOLE EDISYLATE kaps. 0,3 g x 100 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | DIGOXIN tabl. 0.1 mg x 30 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | DILTIAZEM HYDROCHLORIDE RETARD tabl.powl. 0,09 g x 30 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | DIOSMIN - tabl. powl. (500 mg) 60 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | DYDROGESTERONE tabl.powl.0.01 g x 20 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Erdosteine- kaps. (300 mg)x 20 kaps. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | GLUCOSE 40% inj. 10 ml x 10 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | HUMALOG inj. 100 j.m./1ml x 5 3 ml | op | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | HUMALOG MIX 25 zaw.do inj. 300j.m/3ml x 5 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | ISOSORBIDE MONONITRATE LONG tabl. 0.05 g x 30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | LEVOTHYROXINE SODIUM tabl. 0,075 mg x 50 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | LEVOTHYROXINE SODIUM tabl. 0,025 mg x 50 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | LEVOTHYROXINE SODIUM tabl. 0,150 mg x 50 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | LEVOTHYROXINE SODIUM tabl. 0,1 mg x 50 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | LEVOTHYROXINE SODIUM tabl. 0,05 mg x 50 | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | MEBEVERINE HYDROCHLORIDE tabl. 0,0135g x 30 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | MEDROXYPROGESTERONE ACETATE inj.(150 mg/1ml ) x 1fiol. 3,3 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | METHYLDOPA tabl. 0.25 g x 50 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | METHYLPREDNISOLONE ACETATE inj. 0.04 g/1ml x 1 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | MISOPROSTOL tabl. 0.2 mg x 30 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | POTASSIUM CHLORIDE EFFERVESCENS B/CUKR. gran. 20 mEq K+/3g x20 | op | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | POTASSIUM CHLORIDE kaps.o przedłuż..uwal. 0,6 g x100 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | PREP.ZŁOŻ. ( FENOTEROL HYDROBROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE ) aerosol 200 D 10ml | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | PREP.ZŁOŻ. ( FENOTEROL HYDROBROMIDE, IPRATROPIUM BROMIDE ) płyn do inh. 20 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | PREP.ZŁOŻ. BETAMETHASONE DIPROPIONATE, BETAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE inj. 7 mg/1ml x 5 | op | 65 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | PREP.ZŁOŻ.STREPTODORNASE, STREPTOKINASE czop. 15.000 j.m/1 czop.x 6 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | PROMETHAZINE HYDROCHLORIDE - tabl. drażowane (25 mg) 20 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | PROMETHAZINE HYDROCHLORIDE - tabl. drażowane (10 mg) 20 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | SIMETICONE (40mg/ml) krople doustne but. 30 ml | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | SIMETICONE kaps. 0.04 g x 100 | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | THEOPHYLLINE CR RETARD tabl.powl. 0.25 g x 30 | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | TORASEMIDE - roztw. do wstrz. (20 mg/4 ml) 5 amp. 4 ml | op | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | URAPIDIL inj. 0.025 g/5ml x 5 | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | ZUCLOPENTHIXOL ACETATE ACUPHASE inj. 0.05 g/1ml x 5 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 28 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | ALPROSTADIL 60 pr.do inj.doż/wlew. 0,06 mg x10 | op | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ALPROSTADIL VR inj. 0,5mg/1ml x 5 | op | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ALTEPLASE 10  proszek i rozp. do sporz. roztw. do inf. (10 mg) 1 fiolka + rozp. | kpl. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | ALTEPLASE 20 proszek i rozp. do przyg. roztw. do inf.. (20 mg) 1 fiolka + rozp. | kpl. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | ALTEPLASE 50  proszek i rozp. do sporz. roztw. do inf. (50 mg) 1 fiolka + rozp. | kpl. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ATOSIBAN - roztw. do wstrz. 7,5 mg/ml 1 fiol. 0,9 ml | op | 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | ATOSIBAN - konc. do sporz. roztw. do inf. 7,5 mg/ml 1fiol.5 ml | op | 32 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | CARBETOCIN - roztw. do wstrz. (0,1 mg/1 ml) x 5 | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | CARBO VP węgiel aktywowany kaps.200 mg x 20 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | CHOLINE SALICYLATE krople do uszu 10 g | fl | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | CICLOSPORIN kaps (100 mg) x 50 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | CICLOSPORIN kaps. (50 mg) x 50 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dabigatran etexilate -   kaps. twarde (110 mg) 180 szt. | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Dabigatran etexilate -   kaps. twarde (150 mg) 180 szt. | op | 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | DESMOPRESSIN ACETATE   liofilizat doustny (60 µg) 30 szt. | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | DEXKETOPROFEN 50 - roztw. do wstrz. lub konc. do sporz. roztw. do inf. (25 mg/ml) x 5 amp. 2 ml | op | 650 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Diclofenac,Lidocaine hydrochloride- roztwór do wstrz. dom.x 3 amp. 2 ml (75 mg+20 mg) | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | DILTIAZEM HYDROCHLORIDE- tabl. powl. o przedłuż. uwaln. 0.12 g x 30 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | DINOPROSTONE- żel dopochwowy (0,5 mg/3 g) 1 strzyk. 3 g | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | DINOPROST inj. 5 mg/1ml x 5 amp. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Empagliflozin **-** tabl.powl.(10mg) 30 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | ESMOLOL hydrochloride - roztw. do wstrz. (100 mg/10 ml) 5 fiol. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | ESTRIOL glob.dopochw. 0.5 mg x 15 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | FAMOTIDINE liof.do inj. 0.02 g/5ml x 5 | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | GALANTAMINE HYDROBROMIDE inj. 2,5 mg/1ml x 10 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | GALANTAMINE HYDROBROMIDE inj. 5 mg/1ml x 10 | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Glyceryl trinitrate- roztwór do inf. (10 mg/10 ml) x 10 amp. 10 ml | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | GLUCAGON HYDROCHLORIDE -proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | LACTULOSE syrop 7.5 g/15ml 150 ml | fl | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | LACTULOSE syrop 9,75g/15ml 200 ml | fl | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | LIDOCAINE 10% aer. 38 g | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% inj. 50 ml x 5 fiol | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | LISINOPRIL - tabl.10 mg x 28 szt. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | LISINOPRIL - tabl. 20 mg x 28 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | MEBENDAZOLE tabl. 0.1 g x 6 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | METHYLPREDNISOLONE HEMISUCCINATE inj. 40 mg/1 ml x1 | fiol | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | METHYLPREDNISOLONE HEMISUCCINATE inj. 125 mg/2 ml x 1 | fiol | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | METHYLPREDNISOLONE HEMISUCCINATE inj. 500 mg/8 ml x1 | fiol | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | NIMODIPINE - roztwór do wstrz. (0,2 mg/ml) x 1 fl. 50 ml | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | NUTRAMIGEN 1 LGG proszek puszka 400 g | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | NUTRAMIGEN 2 LGG proszek puszka 400 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | OCTREOTIDE inj. 0.1 mg/1ml x 5 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | OXYTOCIN inj. 5j/1ml x 10 amp. | op | 210 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | PANCREATIN 25 000 kaps.z mikrosferami 25 000 j. x 20 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | PREP.ZŁOŻ. ( LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS, LACTOBACILLUS RHAMNOSUS ) kaps. x 60 | op | 650 |  |  |  |  |  |  |  |
| 46. | PREP.ZŁOŻ. BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE, EPINEPHRINE HYDROCHLORIDE 0,5% inj. 5 mg/ml 20 ml x 5 fiol. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 47. | PROPYLTHIOURACIL tabl. 0,05 g x 20 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 48. | PROTAMINE SULPHATE inj. 0.05 g/5 ml x1 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 49. | RIVAROXABAN - tabl. powl. (15 mg) 100 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 50. | RIVAROXABAN - tabl. powl. (20 mg) 100 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 51. | SUCRALFATE zaw. 1 g/5ml 250 ml | fl | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 52. | SULODEXIDE kaps. 250 LSU x 50 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 53. | SULODEXIDE inj. 600 LSU/2 ml x10 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 54. | TERLIPRESSIN   roztw. do wstrz. (1 mg) 5 amp. 8,5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 55. | THEOPHYLLINE tabl.powl. 300mg x 50 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 56. | THEOPHYLLINE rozt.do wstrz.i infuzji 0,02 g/1ml 10 ml x 5 | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 57. | THIAMAZOLE tabl.powl. 0,01 g x 50 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 58. | THIAMAZOLE tabl.powl. 0,02 g x 50 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 59. | TOLPERISONE HYDROCHLORIDE tabl.powl. 0.15 g x 30 | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 60. | TRAZODONE HYDROCHLORIDE CR tabl.o przedł.uwaln. 0,075 g x 30 | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 61. | TUBERKULIN PPD RT 23 inj.śródsk. 2 j.m./0,1ml x 10 fiol. 1,5 ml | op | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 29 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| 1. | Dieta kompletna, normokaloryczna (1 kcal/1ml), bezresztkowa, oparta wyłącznie na białku kazeinowym (4 g/100 ml), o osmolarnosci ponizej 270 mOsm/l. Butelka 500ml. | but | 420 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym, normokaloryczna (1 kcal/1ml) , o zawartosci białka nie mniej niż 4 g/100ml, bogatoresztkowa (6 rodzajów błonnika), bezglutenowa, wolna od laktozy, o osmolarnosci nie wyższej niż 250 mOsm/l.Butelka 500 ml. | but | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, peptydowa, nomokaloryczna (1kcal/1ml ), bezresztkowa,zawierająca hydrolizat serwatki, niskotłuszczowa o zawartości tłuszczu nie więcej jak 1,7g/100ml, klinicznie wolna od laktozy, o osmolarności 455 mOsml/l. Butelka 500ml. | but | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dieta normalizująca glikemię, kompletna, normokaloryczna (1,04kcal/1ml) w postaci napoju mlecznego, niska zawartość węglowodanów, wysoka zawartość przeciwutleniaczy, bezglutenowa,zawartość białka 4,9g/100ml,o osmolarności 365 mOsml/l. Butelka plast. 200 ml. | but | 180 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym, normokaloryczna (1kcal/1ml), oparta na białku kazeinowym, bezresztkowa, bezglutenowa, wolna od laktozy, zawartość białka nie mniej niż 4g/100 ml, o pojemności 1000 ml w opakowaniu miękkim typu pack. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym, hiperkaloryczna 1,5 kcal/1 ml, oparta wyłącznie na białku kazeinowym, zawierająca nie więcej niż 6 g białka/100 ml, wolna od laktozy, do podaży przez zgłębnik, o pojemności 1000 ml w opakowaniu miękkim typu pack. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym,bezresztkowa, hiperkaloryczna 1,5 kcal/1 ml, oparta na białku kazeinowym, zawierająca nie więcej niż 6 g białka/100 ml, wolna od laktozy,o osmolarności 360 mOsml/l, w butelce o poj. 500 ml. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, normalizująca glikemię, normokaloryczna (1,03 kcal/1 m)l,zawierająca powyżej 4 g białka /100 ml, bogatoresztkowa , bezglutenowa, wolna od laktozy, o osmolarności 300 mOsml/l, o pojemności 1000 ml w opakowaniu miękkim typu pack. | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Dieta płynna, peptydowa, kompletna pod względem odżywczym, normokaloryczna 1 kcal/1 ml, oparta na hydrolizacie serwatki, niskotłuszczowa poniżej 2g , bezresztkowa, bezglutenowa, wolna od laktozy, o osmolarności 455 mOsml/l, o pojemności 1000 ml w opakowaniu miękkim typu pack | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Dieta cząstkowa w proszku o dużej zawartości węglowodanów (maltodekstryn, maltozy i glukozy) 96g/100g proszku, o niskiej osmolarności, bezglutenowa,wolna od laktozy, puszka 400g | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Dieta cząstkowa w proszku, o wysokiej zawartości białka i wapnia, o niskiej zawartości tłuszczu, bezglutenowa ,puszka 225 g. | op | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Dieta wysokobiałkowa, żródłem białka jest kazeina i soja, bogatoresztkowa, kompletna pod względem odżywczym, hyperkaloryczna (1,28 kcal/ml), wolna od laktozy, bezglutenowa,o osmolarności 270mOsml/l - worek pojem. 500 ml | op | 900 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym zawierająca 6 rodzaj. błonnika , normokaloryczna (1 kcal/1 ml), o zawartości białka nie mniej niż 4g/100ml, bogatoresztkowa , wolna od laktozy, o osmolarności nie wyższej niż 250 mOsm/l, o pojemności 1000 ml | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym, wysokobiałkowa, normokaloryczna , o zawartości glutaminy poniżej 1g / 100ml i argininy nie mniej niż o 0,85 g/ 100ml , bogatoresztkowa , wspomagająca leczenie ran, o osmolarności 315 mOsml/l , o pojemności 1000 ml w opakowaniu miękkim typu pack | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Dieta płynna kompletna pod względem odżywczym,bezresztkowa wysokobiałkowa oparta wyłącznie na białku kazeinowym, hiperkaloryczna (1,25 kcal/ml), osmolarność niższa niż 300 mOsm/l, op.typu pack o pojemności 1000 ml. | op | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Dieta płynna, kompletna, hiperkaloryczna (1,6/ kcal/ ml ) o zawartości białka nie mniej niż 9g /100ml, zawierająca kwasy tłuszczowe ej 0,5 g EPA i DHA. Poj. 125 ml | op | 52 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Dieta kompletna,bezresztkowa, bezglutenowa, normo lub hiperkaloryczna w zależności od sporządzenia roztworu, zawierająca kazeinę, węglowodany, tłuszcz, puszka 430 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Dieta kompletna pod względem odżywczym , normalizująca glikemię o niskim indeksie glikemicznym, hiperkaloryczna (1,5 kcal/ml), bogatobiałkowa (powyżej 20% energii z białka), oparta na mieszaninie białek sojowego i kazieiny w proporcjach 40:60, zawartość białka 7,7g/100 ml, zawierająca 6 rodzajów błonnika rozpuszczalnego i nierozpuszczalnego w proporcjach 80:20, zawartość błonnika 1,5g/100 ml, dieta z zawartością oleju rybiego, klinicznie wolna od laktozy, bez zawartości fruktozy o osmolarności 395 mOsmol/l, w op. typu pack o pojemności 1000 ml | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Dieta kompletna, hiperkaloryczna , wysokobiałkowa źródłem białka są kazeina i serwatka, bezresztkowa ,bezglutenowa, do podaży doustnej. Pojemność 125 ml - 200 ml | op | 2400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Dieta wspomagająca leczenie odleżyn i ran, kompletna, hiperkaloryczna (1,28 kcal/ml), bezresztkowa, bezgglutenowa o zawartosci białka 10g/100ml. Poj. 200 ml | op | 1360 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Preparat płynny na bazie maltodekstryn,bezresztkowy,bezglutenowy,zawiera węglowodany i elektrolity, niska osmolarność.Pojemność 200 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 30 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Albumin human**- roztwór do inf. doż. (200 mg/ml) 50 ml | op | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Albumin human**- roztwór do inf. doż. (200 mg/ml) 100 ml | op | 2500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 31 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Cetuximab**  - roztw. do inf. 5 mg/ml 1 fiol. 20 ml | fiol | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Cetuximab**  - roztw. do inf. 5 mg/ml 1 fiol. 100 ml | fiol | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 32 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Płyn do płukania jamy ustnej zawierający jony fosforanowe i wapniowe -** op. zawierające 30 dawek roztworu | op | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 33 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Anagrelidum** (0,5 mg) x 100 kaps. | op. | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 34 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Darbepoetin alfa-** roztwór do wstrz. (500 µg/ml) x 1 sureclick | op | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 35 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Cladribine-** roztwór do inf. doż**. 10 mg/10 ml fiol.** | fiol. | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

**Zadanie nr 36 (3/2020)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Dieta kompletna, wysokoenergetyczna, bezresztkowa, stanowiąca kompozycję białek, węglowodanów,tłuszczów, witamin, mikro- i makroelementów (w tym minerałów w postaci wysoko przyswajalnych chelatów aminokwasowych Albion), zawierająca wysokowartościowe białko w postaci kazeinianu wapnia, źródłem węglowodanów są maltodekstryny, źródłem tłuszczów są oleje roślinne, bezglutenowa, klinicznie wolna od laktozy. 1 sasz. 72 g. Op. x 7 sasz. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dieta wysokobiałkowa, wysokoenergetyczna, bezresztkowa, stanowiąca kompozycję białek, węglowodanów, tłuszczów, witamin, mikro- i makroelementów (w tym minerałów w postaci wysoko przyswajalnych chelatów aminokwasowych Albion), zawierająca koncentrat białka serwatki, kazeinian wapnia oraz izolat białka serwatki, źródłem węglowodanów są maltodekstryny kukurydziane, źródłem tłuszczów są oleje roślinne, bezglutenowa, bezresztkowa, klinicznie wolna od laktozy. 1 sasz. 72 g . Op. x 6 sasz. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Produkt do stosowania dietetycznego u osób w okresach radioterapii, pooperacyjnych, w przypadku trudno gojących się ran oraz odleżyn, a także po udarach, w fazie przewlekłej,zawierający wysoką porcję L-argininy, wysoce przyswajalny hydrolizat kolagenu, a także cynk (w postaci chelatu aminokwasowego Albion) oraz witaminy A i C. 1 sasz. 12,5 g. Op. x 14 sasz. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 37 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Vinorelbine - kaps. (20 mg) 1 szt. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Vinorelbine - kaps. (30 mg) 1 szt. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 38 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Calcium folinate-** roztwór do wstrz. (350 mg/35 ml) 1 fiolka 35 ml | fiol. | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Calcium folinate-** roztwór do wstrz. (1 G/100 ml) 1 fiolka 100 ml | fiol. | 900 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Cytarabine hydrochloride** -   roztw. do wstrz. ,inf.,podanie dokanał. ( 2 g/40 ml) 1 fiol. 40 ml | fiol. | 360 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Cytarabine hydrochloride** -   roztw. do wstrz. ,inf.,podanie dokanał. ( 0,1g/5 ml) 1 fiol. 5 ml | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Cytarabine hydrochloride** -   roztw. do wstrz. ,inf.,podanie dokanał. ( 1g/20 ml) 1 fiol. 20 ml | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | **Dabrafenib -** kaps.(50 mg) x 28 szt. | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | **Dabrafenib -** kaps.(75 mg) x 28 szt. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | **Docetaxel-** konc. do sporz. roztw. do inf. (10 mg/ ml) fiol. 2 ml | fiol. | 980 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | **Docetaxel**- konc. do sporz. roztw. do inf. (10 mg/ ml) fiol. 8 ml | fiol. | 980 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | **Docetaxel**- konc. do sporz. roztw. do inf. (10 mg/ml) fiol. 16 ml | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | **Doxorubicin hydrochloride-** roztwór do infuzji ( 200 mg/100 ml) 1 fiol. 100 ml | fiol. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | **Doxorubicin hydrochloride-** roztwór do infuzji ( 50 mg/25 ml) 1 fiol. 25 ml | fiol. | 2 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | **Doxorubicin hydrochloride-** roztwór do infuzji (100mg/50ml) 1 fiol. 50 ml | fiol. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | **Epirubicin hydrochloride -**  konc..do sporz. roztw. do inf. (200 mg/100 ml) 1 fiol. 100 ml | fiol. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | **Epirubicin hydrochloride -** konc..do sporz. roztw. do inf. (100 mg/50 ml) 1 fiol. 50 ml | fiol. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | **Epirubicin hydrochloride -** konc..do sporz. roztw. do inf. (50 mg/25 ml) 1 fiol. 25 ml | fiol. | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | **Etoposide -** konc..do sporz. roztw. do inf. (100 mg/5 ml) 1 fiol. 5 ml | fiol. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | **Etoposide -** konc..do sporz. roztw. do inf. (400 mg/20 ml) 1 fiol. 20 ml | fiol. | 1 180 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | **Etoposide -** konc..do sporz. roztw. do inf. ( 200 mg/10 ml) 1 fiol. 10 ml | fiol. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | **Everolimus -** tabl. (10mg) 30 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | **Everolimus -** tabl. (5mg) 30 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | **Gemcitabine** -   konc. do sporz. roztw. do inf. ( 1000 mg) 1 fiol. 25 ml | fiol. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | **Gemcitabine** -   konc. do sporz. roztw. do inf. ( 2000 mg) 1 fiol. 50 ml | fiol. | 900 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | **Gemcitabine** -   konc. do sporz. roztw. do inf. (200 mg) 1 fiol. 5 ml | fiol. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | **Lapatinib -** tabl. powl.(250 mg) x 70 szt. | op. | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | **Methotrexate -** konc. do sporz.roztw.do inf.(100mg/ml) 50 ml 1 fiol. | fiol. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | **Methotrexate** - tabl. (10 mg) x 50 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | **Methotrexate** - tabl. (2,5 mg) x 50 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | **Methotrexate**- roztwór do wstrz. (50 mg/5 ml) 1 fiol. 5 ml | op | 75 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | **Paclitaxel** - konc. do sporz. roztw. do inf. (100 mg/16,7ml) | fiol. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | **Paclitaxel** - konc. do sporz. roztw. do inf. (300 mg/50 ml) | fiol. | 580 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | **Paclitaxe**l - konc. do sporz. roztw. do inf.(150 mg/25ml) | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | **Pazopanib -**tabl. powl.(200 mg) x 30 szt. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | **Pazopanib -**tabl. powl.(400 mg) x 30 szt. | op. | 410 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | **Topotecan -** kaps. twarde ( 1 mg) x 10 szt. | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | **Topotecan -** kaps. twarde (0,25 mg) x 10 szt. | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | **Trametinib -** tabl. powl. 0,5 mg x 30 | op. | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | **Trametinib -** tabl. powl. 2 mg x 30 | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 39 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Idarubicin hydrochloride** -prosz.do sporz. roztw do wstrzykiwań 5 mg 1 fiol. 5 ml | fiol. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Idarubicin hydrochloride** -prosz.do sporz. roztw do wstrzykiwań 10 mg 1 fiol. 10 ml | fiol. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 40 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Caspofungin**- proszek do przyg. konc. do sporz. roztw. do inf. (50 mg) 1 fiolka | fiol | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Caspofungin**- proszek do przyg. konc. do sporz. roztw. do inf. (70 mg) 1 fiolk | fiol | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 41 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Ertapenem- proszek do przyg. konc. do sporz. roztw. do inf. doż. (1 g) x1 fiolka | fiol | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Posaconazole- zawiesina doustna (40 mg/ml) but. 105 ml | szt | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 42 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **MICAFUNGIN** -  proszek do sporz. roztw. do inf. (50 mg) 1 fiolka 10 ml | fiol | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **MICAFUNGIN** -  proszek do sporz. roztw. do inf. (100 mg) 1 fiolka 10 ml | fiol | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **FIDAXOMICIN** -  tabl. powl. (200 mg) 20 szt. | op | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 43 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Gentamicin**- gąbka (130 mg) 1 szt.(10x10x0,5 cm) | szt | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 44 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Dasatinib -** tabl.powl. | mg | 370 000 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wybierane dawki : 2**0 mg, 50 mg , 80 mg, 100 mg, 140 mg |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 45 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Anid**ulafungin- proszek i rozp. do sporz. konc. roztw. do inf. (100 mg) 1 fiolka szklana 30 ml | fiol | 75 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 46 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Methotrexatum subcutaneum -** roztw. do wstrz. (50 mg/ml) 4 amp.-strzyk. 0,3 ml | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Methotrexatum subcutaneum -** roztw. do wstrz. (50 mg/ml) 4 amp.-strzyk. 0,4 ml | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Methotrexatum subcutaneum -** roztw. do wstrz. (50 mg/ml) 4 amp.-strzyk. 0,5 ml | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 47 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Tamoxifen**  tabl. (20 mg) x 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Anastrozole-** tabl. powl. (1 mg) 28 szt. | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Flutamide**  tabl. (250 mg) x 100 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 48 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Fulvestrant -** roztw. do wstrz. (250 mg/5 ml) 2 amp.-strzyk. | op | 230 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 49 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Mitomycin inj.** | mg | 860 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 50 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Pegaspargase -** proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml 1 fiol. | fiol. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 51 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Sevoflurane** - płyn wziewny but. 250 ml x 6 but. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Uwaga:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zamawiający wymaga użyczenia parowników w ilości wymaganej przez zamawiającego, kompatybilnych z oferowanym z nazwy preparatem, wraz z przeglądem technicznym i kalibracją parowników na czas trwania przetargu. | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 52 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | FLUCITOSINE- roztwór do inf. (10 mg/ml) x 5 flakonów 250 ml | op | 144 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ambroxol hydrochloride- roztwór do wstrz. (15 mg/2 ml) x 10 amp. 2 ml | op | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Aciclovir - proszek do sporz.roztw.do inf. inj. 0,25 g x 5 fiol. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | HYDROCORTISONE 100 inj. 100 mg x 5 | op | 1800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | HYDROCORTISONE 25 inj. 0,025 g x 5 | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% A żel 30 g | op | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% U żel 30 g | op | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | MOVIPREP **-** proszek do sporz. roztw. doustnego - zestaw | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | RANITIDINE doż./dom. inj. 0,05 / 2 ml x 5 | op | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | ROCURONIUM bromide- roztwór do wstrz. doż. (100 mg/10 ml) 10 fiol. 10 ml | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | ROCURONIUM- roztwór do wstrz. doż. (50 mg/5 ml) 10 fiol. 5 ml | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | SUXAMETHONIUM CHLORIDE inj. 0.2 g x 10 fiol. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | SULFATHIAZOLE SILVER- krem (20 mg/g) tuba 40 g | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 53 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Acidum levofolinicum -** roztw. do wstrz. i inf. (50 mg/ml) 1 fiolka 9 ml | op | 2 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Amphotericin B-** konc. do sporz. zawiesiny do inf. (5 mg/ml) 10 fiolek 20 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **BCG vaccine** - proszek i rozp. do sporz.. zaw. do podawania do pęcherza moczowego + zestaw do podawania, szczep RIUM | zestaw | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Bleomycin sulphate -** proszek do sporz. roztw. do wstrz. **(1500 IU/fiol.)** | fiol. | 520 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Dacarbazine** - proszek do przyg. roztw. do wstrz. i inf. | mg | 400 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | DEXMEDETOMIDINE -   konc. do sporz. roztw. do inf. (100 µg/ml) 5 amp.2 ml | op | 370 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | **Doxorubicin hydrochloride**- proszek i skład. do sporz. konc. dyspersji lip. do inf. (50 mg) 2 zestawy | op. | 67 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | **Fluorouracil -** roztwór do wstrz. i inf. **5 g/**100 mL | fiol. | 2 650 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | **Topotecan -**  konc. do sporz. roztw. do inf. | mg | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | **Vincristine sulphate -  roztw. do wstrz.** 1 mg x 1 fiol. | fiol. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | **Vincristine sulphate -  roztw. do wstrz.** 5 mg x 1 fiol. | fiol. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | **Vinorelbine -** konc. do sporz. roztw. do inf. (10 mg/ml) 5 ml x 10 fiol. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 54 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Brentuximabum vedotinum -** proszek do sporządzania konc. roztw. do infuzji 50 mg | fiol. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 55 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Alprazolam SR - tabl. o zmodyf. uwalnianiu (1 mg)x 30 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Alprazolam SR - tabl. o zmodyf. uwalnianiu (0,5 mg) x30 szt | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Alprazolam- tabl. (0,25 mg)x 30 szt. | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Alprazolam- tabl. (0,5 mg) x30 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Alprazolam tabl. (1 mg)x 30 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Bromazepam- tabl. (3 mg)x 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Bromazepam- tabl. (6 mg)x 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Clorazepate dipotassium- tabl. (10 mg)x 30 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Clorazepate dipotassium- tabl. (5 mg)x 30 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Codein. phosfas. subst. 1 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Diazepam- tabl. (2 mg)x 20 szt. | op | 45 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Dihydrocodeine tartrate- tabl. o zmodyf. uwalnianiu (120 mg)x 60 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dihydrocodeine tartrate- tabl. o zmodyf. uwalnianiu (60 mg)x 60 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Dihydrocodeine tartrate- tabl. o zmodyf. uwalnianiu (90 mg)x 60 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Ketamine- roztwór do wstrz. (200 mg/20 ml)x 5 fiolek 20 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Milocardin krople x 15 g | fl | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Midazolam- tabl. powl. (15 mg)x 100 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Midazolam- tabl. powl. (7,5 mg) x10 szt. | op | 320 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Morphine sulphate - tabl. o przedł. uwalnianiu (30 mg)x 20 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Morphine sulphate- tabl. o przedł. uwalnianiu (10 mg)x 20 szt. | op | 180 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Morphine sulphate- tabl. o przedł. uwalnianiu (60 mg)x 20 szt. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Morphine sulphate- tabl. powl. (20 mg)x 60 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Nitrazepam- tabl. (5 mg) x20 szt | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Oxycodone hydrochloride -tabl. o przedł. uwalnianiu (5 mg) 60 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Oxycodone hydrochloride -tabl. o przedł. uwalnianiu (10mg) 60 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Oxycodone hydrochloride -tabl. o przedł. uwalnianiu (20 mg) 60 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 56 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Ambroxol hydrochloride- kaps. o przedł. uwalnianiu (75 mg) x20 szt. | op | 260 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ambroxol hydrochloride- płyn do inh. z nebulizatora (7,5 mg/ml) but. 100 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ambroxol hydrochloride- tabl. (30 mg)x 20 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Bromhexine hydrochloride- krople doustne, roztwór (2 mg/ml) 30 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Bromhexine hydrochloride- syrop (4 mg/5 ml) 120 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Butamirate citrate- syrop (7,5 mg/5 ml) but. 100 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | CALCIUM LACTAT.GLUCONAT.- tabl. musujące (1,373 g Ca) 12 szt. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Codeine phosphate,Sulfogaiacol- tabl. 10 szt. | op | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Ipratropium bromide- płyn do inh. z nebulizatora (250 µg/ml) 20 ml x1but. | op | 260 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Marimer- spray do nosa 100 ml | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Naphazoline nitrate,Sulfathiazole- krople do nosa 20 ml | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Oxymetazoline hydrochloride- krople do nosa, roztwór (0,1 mg/g) but. 5 ml 0,01% | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Oxymetazoline hydrochloride- krople do nosa, roztwór (0,25 mg/g) but. 10 ml 0,025% | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Sirupus Thymi compositus -syrop but. 125 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Tussipect- syrop but. 140 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 57 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Allantoin- maść (20 mg/g) tuba 30 g | op | 1900 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Allantoin- zasyp. 100 g | op | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Atecortin- krople do oczu i uszu, zawiesina tuba 5 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Benzyna 100 ml | op | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Biborate sodium- płyn do stos. w jamie ustnej (200 mg/g) but. 10 g | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Chloramphenicol- maść (10 mg/g) tuba 5 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Chloramphenicol- maść (20 mg/g) tuba 5 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Chlorhexidinum gluconicum 1000 ml | fl | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Clioquinol,Flumetasone pivalate- maść tuba 15 g | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Consolida regalis -   płyn do stos. na skórę (834 mg/ml) but. 100 g | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Denotivir- krem (30 mg/g) tuba 3 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Depanthenol - aerozol do stos. zewn. (46,3 mg/g) 130 g | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Diclofenac sodium- żel (10 mg/g) tuba 50 g | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Ethyl chloride- aerozol 70 g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Flumetasone pivalate,Neomycin- krem tuba 15 g | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Flumetasone pivalate,Salicylic acid- maść tuba 15 g | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Fluocinolone acetonide- maść (0,25 mg/g) tuba 15 g | op | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Heparinoids- żel tuba 40 g | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Hydrocortisone acetate 1%- krem (10 mg/g) tuba 15 g | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Hydrocortisone butyrate- krem (1 mg/g) tuba 15 g | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Hydrocortisone butyrate- maść (1 mg/g) tuba 15 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Hydrocortisone,Natamycin,Neomycin- maść tuba 15 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Maść cynkowa 20 g | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Maść ochronna z witaminą A- maść (800 j.m./g) tuba 25 g | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Mupirocin- maść (20 mg/g) tuba 15 g | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Natamycin- krem (20 mg/g) tuba 30 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Povidone-Iodine- globulki dopochwowe (200 mg) 14 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Prednisolone pivalate- krem (5 mg/g) tuba 10 g | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Sachol żel stomatologiczny - żel do stos. w jamie ustnej tuba 10 g | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Solcoseryl- maść (2,07 mg/g) tuba 20 g | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Solcoseryl- żel (4,15 mg/g) tuba 20 g | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Surgispon Spec. 80x50x1mm x 1szt. | szt | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Surgispon Stand. 80x50x10 mm x 1szt. | szt | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Tegaderm 4,4cm x 4,4 cm x 100 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Vitamin F- maść (200 mg/g) tuba 30 g | op | 570 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Vitamin F- płyn do stos. na skórę but. 70 g | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Sudocrem 125 g krem | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 58 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Imipenem /Cilastatin sodium 500 mg** - proszek do przyg. roztw. do inf.x 10 | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 59 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Ascorbic acid- roztwór do wstrz. (500 mg/5 ml)x 10 amp. 5 ml | op | 280 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ascorbic acid- tabl. (200 mg)x 50 szt. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Bencyclane fumarate - tabl. (100 mg)x 60 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Betamethasone - roztw.do wstrzyk.( 4mg/ml )1 ml x 1 amp. | op | 520 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Caffeine,Paracetamol,Propyphenazone- tabl.x 10 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Cebionmulti- krople doustne, roztwór but. 10 ml | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Cerebrolysin- roztwór do wstrz. i inf. (215,2 mg/ml)x 5 amp. 10 ml | op | 180 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Czopki glicerynowe 1 g x 10 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Czopki glicerynowe 2 g x 10 szt. | op | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Diosmectite- proszek do przyg. zaw. doustnej (3 g) 30 saszetek | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Ferrous sulphate,Folic acid - tabl. powl. o zmodyf. uwalnianiu x 30 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Hemorol- czopki doodbytnicze 12 szt. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Hydroxyzine hydrochloride- roztwór do wstrz. (100 mg/2 ml) 5 amp. 2 ml | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Lanreotide- roztwór do wstrz. (60 mg/0,3 ml) 1 amp.-strzyk. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Lanreotide- roztwór do wstrz. (90 mg/0,3 ml) 1 amp.-strzyk. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Lanreotide- roztwór do wstrz. (120 mg/0,5 ml) 1 amp.-strzyk. | op | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Magnesium lactate,Pyridoxine- tabl. 50 szt. | op | 230 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Meloxicam- roztwór do wstrz. (15 mg/1,5 ml)x 3 amp. 1,5 ml | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Meloxicam- tabl. (15 mg)x 20 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Nefopam hydrochloride - tabl. powl. (30 mg)x 20 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Nimodipine- tabl. powl. (30 mg) x100 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Ornithine aspartate- roztwór do wlewu doż.(5g/10ml) x 10 amp.10 ml | op | 320 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Paracetamol- czopki doodbytnicze (125 mg)x 10 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Paracetamol- czopki doodbytnicze (250 mg)x 10 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Paracetamol- czopki doodbytnicze (50 mg)x 10 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Paracetamol- czopki doodbytnicze (500 mg)x 10 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Paracetamol- tabl. (500 mg)x 50 szt. | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Paracetamol- zawiesina doustna (120 mg/5 ml) but. 150 g | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Potassium chloride- syrop (391 mg K/5 ml) 1 but. 150 ml | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Pyridoxine- roztwór do wstrz. (50 mg/2 ml)x 5 amp. 2 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Pyridoxine- tabl. (50 mg)x 50 szt. | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Riboflavin- draż. (3 mg) x50 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Siemię lniane mielone - proszek 200 g | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Silver nitrate- krople do oczu, roztwór (10 mg/ml)x 50 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Silymarin 70 mg- tabl. drażowane (100 mg)x 30 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Thiamine- tabl. (25 mg)x 50 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Tiotropium- proszek do inh. w kaps. twardych (18 µg/dawkę)x 30 szt. + HandiHaler | op | 85 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Troxerutin- kaps. (300 mg)x 50 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Venescin- draż.x 30 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Vinpocetine- roztwór do wstrz. (10 mg/2 ml) x 10 amp. 2 ml | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Warfarinum natricum - tabl. 0,003 g x 100 | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Warfarinum natricum - tabl.0,005 g x 100 | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 60 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | [**Imatinib -** tabl.powl. 100 mg x 120](http://pharmindex.pl/index.php/page,Subst.SubstDetails/SubstID,1418) | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Imatinib -** tabl.powl. 400 mg x 90 | op | 75 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Uwaga:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ze wskazaniem do leczenia GIST(program lekowy)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 61 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Oxycodone hydrochloride -roztw. do wstrz. i inf. (10 mg/ml) 5 amp. 1 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Oxycodone hydrochloride -roztw. do wstrz. i inf. (10 mg/ml) 5 amp. 2 ml | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Oxycodone hydrochloride -roztw. do wstrz. i inf. (50 mg/ml) 5 amp. 1 ml | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 62 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Alanyl glutamine - konc. do przyg. roztw. do wlewu doż. (20 g/100 ml) 100 ml | szt. | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Alanyl glutamine - konc. do przyg. roztw. do wlewu doż. (20 g/100 ml) 50 ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Amino acids Infant - roztwór do inf. 10% 100 ml | szt. | 350 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Amino acids Nephro - roztwór do inf. 500 ml | szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Aqua pro inject. 250 ml - butelka z dwoma różnej wielkości portami | szt. | 3 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Aqua pro inject. 500 ml - butelka z dwoma różnej wielkości portami | szt. | 3 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Dekstran 6% 500 ml | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Dekstran 10% 250 ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Dekstran 10% 500 ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Fish oil - emulsja do inf. 100 ml | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Fish oil - emulsja do inf. 50 ml | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Glucosum 5% 100 ml - butelka z dwoma różnej wielkości portami | szt. | 1 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Glucosum 10% 250 ml | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Glucosum 20% 250 ml | szt. | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Glucosum 20% 500 ml | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Injectio Glucosi 5% et Natrii chlorati 0,9% 1 : 1 500 ml - butelka z dwoma różnej wielkości portami | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Injectio Glucosi 5% et Natrii chlorati 0,9% 1 : 1 250 ml - butelka z dwoma różnej wielkości portami | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Mannitol 20%- roztwór do inf. (200 mg/ml) 100 ml | szt. | 2 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Mannitol 20%- roztwór do inf. (200 mg/ml) 250 ml | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Płyn wieloelektorolitowy o składzie zbliżonym do składu osocza :zawierający: Na, Ca, Mg, K oraz Cl <  110mEq/l oraz osmolarnorności 280-295mosm/l, buforowany octanami i cytrynianami. | szt. | 5 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Solutio Ringeri 250 ml- butelka z dwoma różnej wielkości portami | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 63 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Gadobutrolum 604,72 mg/ml 15 ml | fiol | 2000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Gadobutrolum 604,72 mg/ml 7,5 ml | fiol | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Gadoxetate disodium 2,5 mmol/10 ml | amp.-strzyk. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Iopromidum 768,86mg /ml fl 100 ml x 10 | op | 180 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Iopromidum 768,86mg/ml 500 ml x 8 fl. | op | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Meglumini amidotrizoas 100 ml - do stosowania doustnego i doodbyyniczego x 10 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 64 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Lenalidomide**- kaps. twarde (5 mg) 21 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Lenalidomide**- kaps. twarde (10 mg) 21 szt. | op | 140 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Lenalidomide**- kaps. twarde (15 mg) 21 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Lenalidomide**- kaps. twarde (25 mg) 21 szt. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 65 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość  netto** | **Stawka  podatku  VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość  brutto (wartość netto + VAT)** | **Producent** | **Nazwa handlowa** |
| 1. | Acidum boricum subs. | g | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Ammonium sulfobituminicum | g | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Amylum triticum | g | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Argenti nitras subs. | g | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Benzocainum (anaesthesinum) | g | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Calcii carbonas ppt subs. | g | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Eucerinum | kg | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Formaldehydum 40% płyn | kg | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Gencjana Fiolet - 1 % roztw. wodny 20 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Gencjana Fiolet - 1 % roztw. spirytusowy 20 ml | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Glucosum subst. | kg | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Glycerinum płyn | kg | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Gummi arabicum subs. | kg | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Hydrocortisonum | g | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Kalii iodidum subs. | g | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Kalium hypermanganicum 100 mg x 30 tabl. | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Kalium hypermanganicum subst. | g | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Lanolinum | kg | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | lodum subs. 5 g | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Natrii chloridum subs. | kg | 0,5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Natrii citras 100 g | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Natrii thiosulfas subs. | g | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Neomycinum | g | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Oleum Cacao 250 g | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Oleum Ricini | kg | 0,5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Paski testowe do monitorowania poziomu glukozy we krwi z enzymem swoistym dla glukozy op. x 50 szt. - kompatybilne z posiadanymi przez Zamawiąjącego glukometrami CONTOUR PLUS | op. | 1 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Paraffinum ligidum | kg | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Povidone-Iodine -roztw na skórę(100mg/ml) but.1000 ml | op. | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Solutio lodi spirit. | kg | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Spiritus salicylatus | kg | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Talcum subst | kg | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Vaselinum album | kg | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Vaselinum album maść 20g | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Zincum oxydatum subs. 500 g | op | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 66 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość  netto** | **Stawka  podatku  VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość  brutto (wartość netto + VAT)** | **Producent** | **Nazwa handlowa** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. |
| 1. | Aethanol 96% - 1000 ml | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Spirytus 70% skażony 0,5% hibitanem -1000 ml | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 67 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Amitriptyline hydrochloride - draż. (10 mg)x 60 szt. | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Amitriptyline hydrochloride - draż. (25 mg)x 60 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Aripiprazole -7,5 mg/ml roztwór do wstrzykiwań | fiol | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Benserazide/Levodopa - kaps. 62,5 x 100 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Benserazide/Levodopa - kaps. HBS 125 x 100 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Benserazide/Levodopa - tabl. do sporz. zaw. doustnej 62,5 x 100 szt. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Biperiden hydrochloride - tabl. (2 mg)x 50 szt. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Bupropion hydrochloride - tabl. powl. o zmodyf. uwalnianiu (150 mg)x 30 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Chlorprothixene - tabl. powl. (15 mg)x 50 szt. | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Chlorprothixene - tabl. powl. (50 mg)x 50 szt. | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Citalopram - tabl. powl. (20 mg)x 28 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Clomipramine hydrochloride - tabl. powl. o przedł. uwalnianiu (75 mg)x 20 szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Clozapine - tabl. (100 mg)x 100 szt. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Clozapine - tabl. (25 mg)x 50 szt. | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Doxepin - kaps. (10 mg)x 30 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Doxepin kaps. (25 mg)x 30 szt. | op | 110 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Gabapentin - kaps. twarde (100 mg) 100 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Gabapentin - kaps. twarde (300 mg) 100 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Hydroxyzine hydrochloride - syrop (1,6 mg/g) but. 250 g | fl | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Lamotrigine tabl.100 mg x 30 | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Levomepromazine - roztwór do wstrz. (25 mg/ml)x 10 amp. 1 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Levomepromazine - tabl. powl. (25 mg)x 50 szt. | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Paroxetine - tabl. powl. (20 mg)x 30 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Perazine - tabl. (100 mg)x 30 szt. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Perazine - tabl. (25 mg)x 50 szt. | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Phenobarbital tabl.. 0,015 G x 10 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Phenobarbital tabl.. 0,100 G x 10 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Phenobarbital- czopki doodbytnicze (15 mg) x10 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Promazine hydrochloride - tabl. drażowane (25 mg)x 60 szt. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Promazine hydrochloride - tabl. drażowane (50 mg)x 60 szt. | op | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Reboxetine - tabl. (4 mg)x 20 szt. | op | 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Risperidone - mikrokaps. o przedł. uwalnianiu i rozp. do przyg. zaw. do wstrz. (25 mg) 1 zestaw | zest | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Risperidone - mikrokaps. o przedł. uwalnianiu i rozp. do przyg. zaw. do wstrz. (37,5 mg) 1 zestaw | zest | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Risperidone - mikrokaps. o przedł. uwalnianiu i rozp. do przyg. zaw. do wstrz. (50 mg) 1 zestaw | zest | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Risperidone- tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej (1 mg)x 20 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Risperidone- tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej (2 mg)x 20 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37. | Risperidone - tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej (3 mg)x 30 szt. | op | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Risperidone - tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej (4 mg)x 30 szt. | op | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Sertindole - tabl. powl. (12 mg)x 28 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Sertindole - tabl. powl. (16 mg)x 28 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41. | Sertindole - tabl. powl. (4 mg)x 30 szt. | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42. | Sulpiride - kaps. (100 mg)x 24 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43. | Sulpiride - kaps. (50 mg)x 24 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Trazodone hydrochloride - tabl. o przedł. uwalnianiu (150 mg)x 60 szt. | op | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Zopiclone - tabl. powl. (7,5 mg)x 20 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 68 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość  netto** | **Stawka  podatku  VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość  brutto (wartość netto + VAT)** | **Producent** | **Nazwa handlowa** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | WAPNO ABSORBOWANE o parametrach **:** absorbcja dwutlenku węgla 120 - 170 L CO2 / 1 KG wapna , wałeczki o średnicy 3 mm o twardości na optymalnym poziomie 89 % -98 % ,zawartość pyłu nie więcej niż na poziomie 0,3 % , brak obecności KOH , zawartość wilgoci 13,5 % -17,5 %, wskaźnik zużycia. Op. 5 L. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 69 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Golimumabum -** roztw. do wstrzykiwań 50 mg 1 wstrzyk. | op | 48 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 70 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Fluconazole- roztwór do inf. (2 mg/ml) 50 ml x 10 | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Fluconazole- roztwór do inf. (2 mg/ml) 100 ml x 10 | op | 260 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Fluconazole- roztwór do inf. (2 mg/ml) 200 ml x 10 | op | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 71 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość  netto** | **Stawka  podatku  VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość  brutto (wartość netto + VAT)** | **Producent** | **Nazwa handlowa, dawka, postać** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **PATENTBLAU V -** inj. 2,5%/ 2 ml x 5 amp. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 72 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Sunitinib**-kaps.twarde 12,5 mg x 28 | op | 28 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Sunitinib**-kaps.twarde 25 mg x 28 | op | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Sunitinib**-kaps.twarde 50 mg x 28 | op | 95 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 73 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1. | Bortezomib**-** proszek do sporz. roztw. do wstrz. inj. 3,5 mg x 1 fiol. | fiol. | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Bendamustine **-** proszek do sporz. konc. roztw. do inf. (2,5 mg/ml) 5 fiolek 25 mg | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Bendamustine**-**  proszek do sporz. konc. roztw. do inf. (2,5 mg/ml) 5 fiolek 100 mg | op | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | [Bicalutamide **-**  tabl. powl. (50 mg) 28 szt.](http://pharmindex.pl/index.php/page,Subst.SubstDetails/SubstID,153) | op | 160 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | [Capecitabine - tabl. powl. (150 mg )x 60 szt.](http://www.pharmindex.pl/searchResults.php?sn=Capecitabine&oper=dc.la&page=0&sidx=4.0%2C54.0%2C6.0%2C7.0%2C11.0&limit=10) | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | [Capecitabine - tabl. powl. (500 mg) x 120 szt.](http://www.pharmindex.pl/searchResults.php?sn=Capecitabine&oper=dc.la&page=0&sidx=4.0%2C54.0%2C6.0%2C7.0%2C11.0&limit=10) | op | 550 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Carboplatin -   konc. do sporz. roztw. do inf. 10 mg/ml 1 fiol. 15 ml | fiol. | 45 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Carboplatin -   konc. do sporz. roztw. do inf. 10 mg/ml 1 fiol. 45 ml | fiol. | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Carboplatin -   konc. do sporz. roztw. do inf. 10 mg/ml 1 fiol. 60ml | fiol. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Cisplatin-   konc. do sporz. roztw. do inf. 1 mg/ ml 10 ml | fiol. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Cisplatin-   konc. do sporz. roztw. do inf. 1 mg/ ml 50 ml | fiol. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Cisplatin-   konc. do sporz. roztw. do inf. 1 mg/ ml 100 ml | fiol. | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | [Imatinib - tabl.powl. 0,1 g x 60](http://pharmindex.pl/index.php/page,Subst.SubstDetails/SubstID,1418) | op | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Imatinib - tabl.powl. 0,4 g x 30 | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Irinotecan hydrochloride**-** konc. do sporz. roztw. do inf. 20 mg/ ml 1 fiol. 5 ml | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Irinotecan hydrochloride**-** konc. do sporz. roztw. do inf. 20 mg/ml 1 fiol. 15 ml | fiol. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Oxaliplatin -  konc. do sporz. roztw. do inf. 5mg/ml fiol.10 ml | fiol. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Oxaliplatin -  konc. do sporz. roztw. do inf. 5mg/ml fiol.20 ml | fiol. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Oxaliplatin -  konc. do sporz. roztw. do inf. 5mg/ml fiol.40 ml | fiol. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Pemetrexed - proszek do przyg. konc. do sporz. roztw. do inf. 100 mg fiol. | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Pemetrexed - proszek do przyg. konc. do sporz. roztw. do inf. 500 mg fiol. | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Temozolomide - kaps. 5 mg x 5 | op | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Temozolomide - kaps. 20 mg x 5 | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Temozolomide - kaps. 100 mg x 5 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Temozolomide - kaps. 140 mg x 5 | op | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Temozolomide - kaps. 180 mg x 5 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Temozolomide - kaps. 250 mg x 5 | op | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Voriconazole- tabl. powl. (200 mg) 20szt. | op | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Zoledronic acid. - konc.do sporz.roztw.do infuzji 4 mg/5ml x1fiol | fiol. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Ondansetron hydrochlor. inj. 4 mg/2ml x 5 amp | op | 220 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Ondansetron hydrochlor. inj. 8 mg/4ml x 5 amp | op | 5300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Poz.13,14** |
| **ze wskazaniem do leczenia przewlekłej białaczki szpikowej** |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 74 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Vitamin B1 -** inj. i.v. (50 mg/ml) 2 ml x 5 amp. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 75 (3/2020)** | | | |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |
| **L.p.** | | **Opis** |  |  | **Ilość op.** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | | **Wartość podatku VAT** | | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** | | **Producent Kod EAN** | **Nazwa Handlowa** |
| **Wchłanialna gąbka kolagenowa do tamowania krawawienia zawierająca fibrynogen i trombinę.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | wielkość 9,5 x 4,8 cm x 1 szt. | | - | - | 180 |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| 2. | gąbka zrolowana wielkość 4,8 x 4,8 cm x 1 szt. | |  |  | 50 |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| 3. | wielkość 3 x 2,5 cm x 1 szt. | | - | - | 90 |  |  | |  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  | **Razem** |  | |  |  | |  | |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 76 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Dexamethasone phosphate -** roztw. do wstrz. (4 mg/ml) 10 amp. 1 ml | op | 2 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Dexamethasone phosphate -** roztw. do wstrz. (8 mg/2 ml) 10 amp 2 ml | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 77 (3/2020)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Ferric isomaltose -**   roztw. do wstrz. i inf. (500 mg Fe III/5ml) x 5 fiol. 5 ml | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 78 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Sorafenib -** tabl. powl. (200 mg) 112 sz**t.** | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 79 (3/2020)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość  netto** | **Stawka  podatku  VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość  brutto (wartość netto + VAT)** | **Producent** | **Nazwa handlowa** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Formalina 10% buforowana gotowa do użycia roztw. x 20L** | op | 260 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Kranik na kanister z formaliną z dopasowanym gwintem do op. a 20 l** | szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 80 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość  netto** | **Stawka  podatku  VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość  brutto (wartość netto + VAT)** | **Producent** | **Nazwa handlowa** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Alkohol etylowy całkowicie skażony A 01 99,88 % x 5 L** | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Alkohol etylowy całkowicie skażony R 01 96 % x 5 L** | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 81 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Mitotane -** tabl. (500 mg) 100 szt. | op | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 82 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Tretinoin -   kaps. (10 mg) 100 szt.** | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 83 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Tioguanine** - tabl. ( 40 mg ) 25 szt. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 84 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Denosumab -** roztw. do wstrz. 120 mg (1,7 ml) 1 fiolka | fiol. | 30 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 85 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Paracetamol-** roztwór do inf. (1 g /100 ml) x 10 fiol. 100 ml | op | 2 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Paracetamol-** roztwór do inf. (500 m g/50 ml)x 10 fiol. 50 ml | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 86 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Azacitidine**  proszek do sporz. zaw. do wstrz. (25 mg/ml) 1 fiolka | fiol. | 830 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 87 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Cyclophosphamide- tabl.**draż.owane (50 mg) 50 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Cyclophosphamide-** proszek do sporz. roztw. do wlewu kropl. doż. (1 g) 1 fiolka | fiol. | 1 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Ifosfamide**- proszek do przyg. roztw. do wstrz. (1 g) 1 fiol. | fiol. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Ifosfamide**- proszek do przyg. roztw. do wstrz. (2 g) 1 fiol. | fiol. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **MESNA** - roztwór do wstrz. (400 mg/4 ml)4 ml x 15 amp. | op | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 88 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Pegfilgrastim**  roztw. do wstrz. (6 mg/0,6 ml) 1 amp.-strzyk. | op | 1 500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 89 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość  netto** | **Stawka  podatku  VAT %** | **C.j. brutto** | **Wartość  brutto (wartość netto + VAT)** | **Producent** | **Nazwa handlowa** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Prismasol 2K**  5 l x 2 worki | op | 250 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Prismasol 4K**  5 l x 2 worki | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Phoxilium** 5 l x 2 worki | op | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Prismocitrat**  18/0 5 l x 2 worki | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Prism0cal**  B 22 5 l x 2 worki | op | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 90 (3/2020)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Gefitinib -** tabl. powl. (250 mg) 30 szt. | op | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 91 (3/2020)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Axitinib -** tabl. powl. (1 mg) 56 szt. | op | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Axitinib -** tabl. powl. (5 mg) 56 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 92 (3/2020)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Vemurafenib -** tabl. powl. (0,24 g) x 56 szt. | op | 360 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 93 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Fludarabine phosphate**- tabl. powl. (10 mg) x 20 szt. | op | 170 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 94 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **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** |
| **1** | 2 | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Procarbazine hydrochloride** - kaps. 50 mg x 50 szt. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Lomustine.** - kaps. 40 mg x 10 szt. | op | 24 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Thalidomide** 0,1 g x 30 tabl. | op | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Daunorubicin -** inj.20 mg | fiol. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Melphalan -** inj. 50 mg | fiol. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 95 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Olaparibum -**kaps. twarde, 50 mg x 448 | op. | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 96 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Nivolumabum -** konc.do sporządzania roztw. do inf. | mg | 72 000 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wybierane dawki: 40 mg, 100 mg**

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 97 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Immunoglobulina** ludzka normalna (roztwór **5%**) poj. 50 ml, 100 ml, 200 ml | g | **7 000** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 98 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Immunoglobulina** ludzka normalna (roztwór 10 **%**) poj. 50 ml, 100 ml, 200 ml | g | **6 000** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 99 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Abirateroni acetas -** tabl. (500 mg) 60 szt. | op | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 100 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Immunoglobulinum humanum normale -**  r-r do wstrzykiwań podskórnych 200 mg/ml 1 ml r-ru zawiera: białko ludzkie 200 mg w tym IgG≥ 98% o rozkładzie podklas: IgG1 62-74 % IgG2 22-34% IgG3 2-5% IgG4 1-3% IgA max. 0, 05 mg/ml | g | 900 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zestaw do podawania immunoglobuliny za pomocą pompy**

**Wybierane pojemności** : 5 ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 101 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Immunoglobulinum humanum normale -**  r-r do infuzji do podania podskórnego zestaw dwóch fiolek ( jedna fiolka -normalna immunoglob. ludzka, druga fiolka - rekombinowana hialuronidaza ludzka) 100 mg/ml 1 ml r-ru zawiera: białko ludzkie 100 mg w tym IgG≥ 98% o rozkładzie podklas: IgG1 ≥ 56,9 % IgG2 ≥ 26,6% IgG3 ≥ 3,4% IgG4 ≥ 1,7% IgA max. 140 mcg/ml | g | 900 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zestaw do podawania immunoglobuliny za pomocą pompy**

**Wybierane pojemności** : 25 ml, 50 ml, 100 ml, 200 ml, 300 ml

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 102 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Dexamethasone -** tabl.. 4 mg x 20 | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Dexamethasone -** tabl.. 8 mg x 20 | op. | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Dexamethasone -** tabl.. 20 mg x 20 | op | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 103 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Anti-D ( rh ) immunoglobulin -**roztw. do wstrz. 50 µg/ml 1 amp. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 104 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Anti-D ( rh ) immunoglobulin -**roztw. do wstrz. 150 µg/ml 1 amp. | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 105 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Anti-D ( rh ) immunoglobulin -**roztw. do wstrz. **300 µg/2ml**  1 amp.-strzyk. 2 ml | op. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 106 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Ludzki kompleks protrombiny: Factor II, Factor VII, Factor IX, Factor X, Protein C, Protein S -** proszek i rozp. do sporz. roztw. do wstrz. 500 j.m. 1 fiol. + rozp. 20 ml | op. | 24 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 107 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Dieta normokaloryczna (1 kcal/ml), zawierająca nukleotydy, kwasy tłuszczowe omega-3 i argininę oraz MCT. Źródłem białka jest kazeina, wolna arginina. Min. 22% energii pochodzi z białka, 25% energii pochodzi z tłuszczy a 53% energii pochodzi z węglowodanów. Kompletne pod względem odżywczym immunożywienie. Do podawania doustnie lub przez zgłębnik. Osmolarność 298 mOsm/l. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml. | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dieta hiperkaloryczna (1,3 kcal/1ml), wysokobiałkowa (6,7 g/100 ml), ubogo resztkowa, kompletna pod względem odżywczym. Jedynym źródłem białka jest białko kazeinowe. Min 21% energii pochodzi z białka, 30 % energii pochodzi z tłuszczy, a min. 49% energii pochodzi z węglowodanów. Zawierająca tłuszcze MCT 20%. Osmolarność 283 mOsm/l. Produkt przeznaczony do podawania doustnego lub przez zgłębnik. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Dieta normokaloryczna, ubogoresztkowa, kompletna pod względem odżywczym. Jedynym źródłem białka jest białko kazeinowe. Min. 16% energii pochodzi z białka, 30% energii pochodzi z tłuszczy a 54% energii pochodzi z węglowodanów. Zawierająca 20% tłuszczy MCT. Osmolarność: 239 mOsm/l. Produkt przeznaczony do podawania doustnego lub przez zgłębnik. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dieta normokaloryczna, ubogoresztkowa, kompletna pod względem odżywczym. Jedynym źródłem białka jest białko kazeinowe. Min. 16% energii pochodzi z białka, 30% energii pochodzi z tłuszczy a 54% energii pochodzi z węglowodanów. Zawierająca 20% tłuszczy MCT. Osmolarność: 239 mOsm/l. Produkt przeznaczony do podawania doustnego lub przez zgłębnik. Opakowanie butelka SmartFlex 1000 ml. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Dieta normokaloryczna z dodatkiem błonnika (50% rozpuszczalny 50% nierozpuszczalny), kompletna pod względem odżywczym. Jedynym źródłem białka jest białko kazeinowe -min 15% energii pochodzi z białka. Zawierająca 20% tłuszczy MCT. Osmolarność 266 mOsm/l. Produkt przeznaczony do podawania doustnego lub przez zgłębnik. Opakowanie butelka SmartFlex 1000 ml | szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Dieta normokaloryczna z dodatkiem błonnika (50% rozpuszczalny 50% nierozpuszczalny), kompletna pod względem odżywczym. Jedynym źródłem białka jest białko kazeinowe -min 15% energii pochodzi z białka. Zawierająca 20% tłuszczy MCT. Osmolarność 266 mOsm/l. Produkt przeznaczony do podawania doustnego lub przez zgłębnik. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Dieta hiperkaloryczna 1,6 kcal/1ml, kompletna pod względem odżywczym. Jedynym źródłem białka jest białko kazeinowe. Zawierająca 20% tłuszcze MCT. Osmolarność 372 mOsm/l. Produkt przeznaczony do podawania doustnego lub przez zgłębnik. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, wysokoenergetyczna (1,5 kcal/ml), wysokobiałkowa (48g/500 ml), z dodatkiem rozpuszczalnego błonnika PHGG. 19% tłuszczów w postaci MCT. Do podawania doustnie lub przez zgłębnik. Osmolarność 335 mOsm/l. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml. | szt. | 650 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Kompletna pod względem odżywczym, normokaloryczna dieta (1,07 kcal / ml) ze specjalnym profilem węglowodanów, z dodatkiem rozpuszczalnego błonnika PHGG (100% błonnika). Źródłem białka jest kazeina. Do podawania przez zgłębnik. Osmolarność 320 mOsm / l. Opakowanie butelka Smartfelx 500 ml. | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Dieta kompletna pod względem odżywczym, normokaloryczna i normobiałkowa płynna dieta peptydowa, źródłem białka jest serwatka, bogata w kwasy tłuszczowe MCT- 70%. Do podawania doustnie lub przez zgłębnik. Osmolarność 220 mOsm/I. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Kompletna pod względem odżywczym dieta peptydowa, normokaloryczna (1 kcal/ml), wysokobiałkowa (37% energii z białka). 50 % tłuszczów w postaci MCT. Niska zawartość węglowodanów (29% energii). Do podawania przez zgłębnik. Osmolarność 278 mOsm/l. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml. | szt. | 650 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Płynna dieta peptydowa kompletna pod względem odżywczym, wysokoenergetyczna (1,5 kcal/ml) i wysokobiałkowa (47g/500ml), bogata w kwasy tłuszczowe omega-3. 50% tłuszczów w postaci MCT. Stosunek omega-6:omega-3 wynosi 1,8:1. Do podawania doustnie lub przez zgłębnik. Osmolarność 425 mOsm/l. Opakowanie butelka SmartFlex 500 ml. | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Dieta hiperkaloryczna (1,44 kcal/ml), wysokobiałkowa, zawierająca nukleotydy, kwasy tłuszczowe omega-3 i argininę oraz MCT- kompletna pod względem odżywczym. Smak waniliowy i owoców tropikalnych. Osmolarność 680 mOsm/l. Opakowanie kartonowe 237 ml. | szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Dieta hiperkaloryczna (1,6 kcal/ml), wysokobiałkowa (18g/200ml) z dodatkiem błonnika rozpuszczalnego, kompletna pod względem odżywczym. Osmolarność 300 mOsm/l. Opakowanie typu butelka 200 ml. | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 108 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | GLICYNA 1,5% roztwór do przepłukiwania (15 mg/ml) worek 3000 ml | szt. | 440 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | GLICYNA 1,5% roztwór do przepłukiwania (15 mg/ml) worek 5000 ml | szt. | 96 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Glucosum 5% 250 ml worek | szt. | 4 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Glucosum 5% 500 ml worek | szt. | 30 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Glucosum 10% 500 ml worek | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Glucosum 5% 1000 ml worek | szt. | 3 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Injectio Glucosi 5% et Natrii chlorati 0,9% 2 :1 250 ml | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Injectio Glucosi 5% et Natrii chlorati 0,9% 2 : 1 500ml | szt. | 4 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Mannitol 15%- roztwór do inf. (150 mg/ml) worek 100 ml x 50 | op. | 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Natrium chloratum 0,9% 100 ml worek z możliwością dostrzyknięcia min. 70 ml leku | szt. | 80 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Natrium chloratum 0,9% 250 ml worek z możliwością dostrzyknięcia min. 100 ml leku | szt. | 27 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Natrium chloratum 0,9% 500 ml worek z możliwością dostrzyknięcia min. 200 ml leku | szt. | 56 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Natrium chloratum 0,9% 1000 ml worek | szt. | 3 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Natrium chloratum 0,9% - roztwór do przepłukiwania (9 mg/ml) 3000 ml worek | szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Płyn Wieloelektrolitowy 500 ml PLASMALYTE | szt. | 32 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Płyn Wieloelektrolitowy 1000 ml PLASMALYTE | szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Roztwór do infuzji zawierający glukozę, chlorek sodu, potasu, magnezu - 1000 ml worek | szt. | 4 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Solutio Ringeri 500 ml worek | szt. | 8 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | 4% Icodextryna 1500 ml | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Woda do iryg. butelka typu ,, pour bottle" 500 ml | szt. | 1 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Floseal Hemostatic Matrix - zestaw 5 ml x1 | szt. | 48 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 109 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa postać** | **j.m.** | **Ilość** | **C.j.netto** | **Wartość** | **Stawka** | **C.j. brutto** | **Wartość** | **Producent Kod EAN** | **Nazwa handlowa, dawka, postać** |
|  |  |  | **netto** | **podatku** |  | **brutto** |
|  |  |  |  | **VAT %** |  | **(wartość netto + VAT)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **2** | **10** | **11** |
| 1. | AMIKACIN 5MG/ML, 100 ML x 10 | op. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | AQUA PRO INIECTIONE- BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 100 ML, SZT | szt | 2 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | AQUA PRO INIECTIONE- BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 500 ML, SZT | szt | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | DWUKOMOROWY ZESTAW DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO SKŁADAJĄCY SIĘ Z AMINOKWASÓW I GLUKOZY , ZAWIERAJĄCY 15 G AZOTU, OBJĘTOŚĆ 1500 ML x 5 | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | DWUKOMOROWY ZESTAW IX) ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO SKŁADAJĄCY SIĘ Z AMINOKWASÓW I GLUKOZY , ZAWIERAJĄCY 6,8 G AZOTU, OBJĘTOŚĆ 1000 ML x 5 | op | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ETOMIDATE SULPHATE - emulsja do wstrz. doż. (20 mg/10 ml) x 10 amp. 10 ml | op | 55 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | GLUCOSUM 10% - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 500 ML, SZT | szt | 700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | GLUCOSUM 20% - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 500 ML, SZT | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | GLUCOSUM 40% ROZWTÓR DO WLEWU DOŻYLNEGO FL 500ML x 10 szt. | op | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | GLUCOSUM 5% - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNE, IDENTYCZNE PORTY, 250 ML, SZT | szt | 1 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | GLUCOSUM 5% - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 500 ML, SZT | szt | 4 200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | HYDROKSYETYLOSKROBIA 6% , 130/0,4 ZAWIESZONA W ZBILANSOWANYM ROZTWORZE ELEKTROLITÓW (Na,K,Ca,Mg,Cl) BUFOROWANYM JABŁCZANAMI I OCTANAMI, 500 ML | szt | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Koncentrat 9 pierwiastków śladowych, zawierający :żelazo ,miedź, chrom, mangan, molibden, selen, jod, fluor oraz cynk w ilości 40-50 mikromola w jednej ampułce a 10 ml x 5 amp. | op | 25 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% inj. 0,02 g/ml 10 ml x 20 poj. | op | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Preparat multiwitaminowy do stosowania u dorosłych i dzieci w wieku 11 lat i starszych. Preparat w postaci proszku do sporządzania roztworu do infuzji, zawierający 13 witamin, w tym witaminę K. Ilość poszczególnych witamin zgodna z rekomendacjami ESPEN dotyczącymi podaży witamin pacjentom żywionym pozajelitowo: Witamina B1  6,00 mg; Witamina B2 3,60 mg; Witamina B3 40 mg; Witamina B9 600 mg; Witamina B5 15,00 mg; Witamina B6 6,00 mg; Witamina B12 5 µg; Witamina B7 60 µg; Witamina C 200 mg; Witamina A 3300 IU; Witamina D  200 IU; Witamina E 10 IU; Witamina K 150 µg. Zgodnie z chpl możliwość dodawania do worków 2 i 3-komorowych do żywienia pozajelitowego oraz 5% roztworu glukozy i 0,9% roztworu NaCl. | fiol. | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | MODYFIKOWANA PŁYNNA ŻELATYNA. ROZTW. DO INF.WRAZ Z ELEKTROLITAMI (Ca, Mg, K, Na)- 500 ML, SZT x 10 | op. | 220 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | NATRIUM CHLORATUM 0,9 % - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 100 ML, SZT | szt | 30 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | NATRIUM CHLORATUM 0,9 % - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 500 ML, SZT | szt | 25 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | NATRIUM CHLORATUM 0,9 % - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY,1000 ML, | szt | 10 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | NATRIUM CHLORATUM 0,9 % BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 250 ML, SZT | szt | 35 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | NATRIUM CHLORATUM 0,9% PŁYN DO PRZEPŁUKIWAŃ OBJĘTOŚĆ 500 ML | szt. | 11 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | PROPOFOL 1% emuls do wstrz.(200 mg/20 ml) 20 ml x 5 | op | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | ROZTWÓR AMINOKWASÓW 10% DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO PACJENTÓW Z NIEWYDOLNOŚCIĄ WĄTROBY 500 ML | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | ROZTWÓR RINGERA - BUTELKA STOJĄCA WYPOSAŻONA W DWA NIEZALEŻNIE ZABEZPIECZONE, IDENTYCZNE PORTY, 500 ML, SZT | szt. | 1 800 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | STERYLNY ROZTWÓR WODNY ZAWIERAJĄCY 0,1% POLIHEXANIDYNĘ ORAZ 0,1% UNDECYLENAMIDOPROPYL BETAINĘ 350 ML | szt | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | STERYLNY ŻEL ZAWIERAJĄCY 0,1% POLIHEXANIDYNĘ ORAZ 0,1% UNDECYLENAMIDOPROPYL BETAINĘ 30 ML | szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | TOBRAMYCIN 3MG/ML, 80 ML x 10 | szt | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | TRZYKOMOROWY ZESTAW DO ŻYWIENIA POZAIELITOWEGO , ZAWIERAJĄCY : AMINOKWASY , GLUKOZĘ ORAZ KWASY TŁUSZCZOWE OMEGA . ZAWARTOŚĆ AZOTU W WORKU POWINNA WYNOSIĆ 5 - 5,2 GRAMA, OBJĘTOŚĆ 625 ML x 5 | op | 90 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | TRZYKOMOROWY ZESTAW DO ŻYWIENIA POZAIELITOWEGO , ZAWIERAJĄCY : AMINOKWASY , GLUKOZĘ Z CYNKIEM I WAPNIEM. ORAZ EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ MCT/LCT. ZAWARTOŚĆ AZOTU W WORKU POWINNA WYNOSIĆ 8,6 GRAMA, OBJĘTOŚĆ 1875 ML x 5 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. | TRZYKOMOROWY ZESTAW DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO , ZAWIERAJĄCY : AMINOKWASY , GLUKOZĘ Z CYNKIEM I WAPNIEM, ORAZ EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ MCT/LCT. ZAWARTOŚĆ AZOTU W WORKU WYNOSI 5,7 GRAMA, OBJĘTOŚĆ 1250 ML x 5 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | TRZYKOMOROWY ZESTAW DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO , ZAWIERAJĄCY : AMINOKWASY , GLUKOZĘ Z CYNKIEM I WAPNIEM. ORAZ EMULSJĘ TŁUSZCZOWĄ MCT/LCT. ZAWARTOŚĆ AZOTU W WORKU WYNOSI 10,2 GRAMA, OBJĘTOŚĆ 1875 ML x 5 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 110 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1.** | **Nilotinib -** kaps. twarde (200 mg) x 112 kaps. | op | 60 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 111 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Octreotide LAR -   proszek i rozp. do sporz. zaw. do wstrz. (10 mg) 1 zestaw** | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Octreotide LAR -   proszek i rozp. do sporz. zaw. do wstrz. (20 mg) 1 zestaw** | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Octreotide LAR -   proszek i rozp. do sporz. zaw. do wstrz. (30 mg) 1 zestaw** | op. | 130 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 112 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Cabozantinibum 20 mg** tabl. powl. x 30 | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Cabozantinibum 40 mg** tabl. powl. x 30 | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Cabozantinibum 60 mg**  tabl.powl. x 30 | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 113 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Eltrombopag -** tabl.powl. 25 mg x 28 | op. | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Eltrombopag -** tabl.powl. 50 mg x 28 | op. | 160 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 114 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Thiotepa -** proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg 1 fiol. | fiol | 80 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Thiotepa -** proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 15 mg 1 fiol. | fiol | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 115 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Thiopental sodium** 500 mg inj. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Thiopental sodium** 1000 mg inj. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 116 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Glatiramer acetate -**   roztw. do wstrz. (40 mg/ml) 12 amp.-strzyk. 1 ml | op | 24 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 117 (3/2020)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1.** | **Venetoclax -** tabl.powl. 10 mg x 14 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Venetoclax -** tabl.powl. 50 mg x 7 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Venetoclax -** tabl.powl. 100 mg x 7 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Venetoclax -** tabl.powl. 100 mg x 14 | op | 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Venetoclax -** tabl.powl. 100 mg x 112 | op | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 118 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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. | **Adalimumab-** roztwór do wstrz. (40 mg) 2 amp.-strzyk. | op | 150 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 119 (3/2020)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Trastuzumabum emtansinum -** proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg | op | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Trastuzumabum emtansinum -** proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg | op | 240 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zadanie nr 120 (3/2020)** |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | **Ceritinibum -** kaps. twarde, 150 mg x 150 szt. | | op. | 70 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Termin ważności leku: ………………… miesięcy

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu: …………………………………………………….

Nr tel.: …………………………….

Nr fax:…………………………….

e-mail: ……………………………..

Równocześnie oświadczamy, że znane są nam warunki udziału w postępowaniu, treść proponowanej umowy oraz treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do nich jakichkolwiek zastrzeżeń. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

Ponadto oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu *(wykonawca wykreśla powyższe oświadczenie w przypadku gdy go nie dotyczy).*

............................................................................

*(data i podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania wykonawcy)*