ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 1 LEKI PSYCHOTROPOWE I LEKI SILNIE DZIAŁAJĄCE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | ADRENALINUM |  | 0,1% 1ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 2 | ALPRAZOLAM |  | 0,5 mg | 30 | 15 |  |  |  |  |
| 3 | ALPRAZOLAM |  | 1mg | 30 | 20 |  |  |  |  |
| 4 | AMISULPRIDE |  | 0,2 | 30 | 20 |  |  |  |  |
| 5 | AMISULPRIDE |  | 0,4 | 30 | 6 |  |  |  |  |
| 6 | AMITRYPTYLINUM |  | 10mg | 60 | 3 |  |  |  |  |
| 7 | AMITRYPTYLINUM |  | 25mg | 60 | 6 |  |  |  |  |
| 8 | ARYPIPRAZOL |  | 15 mg | 28 | 10 |  |  |  |  |
| 9 | ARYPIPRAZOL |  | 7,5 mg/ml r-r do wstrzyknięć | 1,3ml amp. | 10 |  |  |  |  |
| 10 | ATROPINUM SULFUR. |  | 0,5mg/1ml | 10 | 70 |  |  |  |  |
| 11 | ATROPINUM SULFUR. |  | 1mg/1ml | 10 | 15 |  |  |  |  |
| 12 | ATROPINUM SULFUR. |  | 1% gtt | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 13 | ATROPINUM SULFUR. |  | 0,25mg | 20 | 5 |  |  |  |  |
| 14 | BIPERIDENI LACTAS |  | 0,005G/1ML | 5 | 4 |  |  |  |  |
| 15 | BIPERIDENI LACTAS |  | 2 mg | 50 | 10 |  |  |  |  |
| 16 | BROMOCRIPTINUM |  | 2,5 mg | 30 | 8 |  |  |  |  |
| 17 | BUSPIRONI H/CHL. |  | 5 mg | 60 | 15 |  |  |  |  |
| 18 | BUSPIRONI H/CHL. |  | 10 mg | 60 | 10 |  |  |  |  |
| 19 | CARBAMAZEPINUM |  | 300mg | 50 | 15 |  |  |  |  |
| 20 | CARBAMAZEPINUM RETARD |  | 400mg | 30 | 30 |  |  |  |  |
| 21 | CARBAMAZEPINUM RETARD |  | 200mg | 50 | 30 |  |  |  |  |
| 22 | CHLOPROMAZINI H/CH |  | 25mg/5ml | 5 | 10 |  |  |  |  |
| 23 | CHLORPROMAZINI H/CHL. |  | 50mg/2 ml | 5 | 2 |  |  |  |  |
| 24 | CHLORPROMAZINI H/CHL. |  | 4% 10,0 GTT. | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 25 | CHLORPROTHIXENI H/CH |  | 50 mg | 50 | 40 |  |  |  |  |
| 26 | CHLORPROTHIXENI H/CHL. |  | 15 mg | 50 | 60 |  |  |  |  |
| 27 | CITALOPRAM |  | 20 mg | 28 | 40 |  |  |  |  |
| 28 | CITALOPRAM |  | 40 mg | 28 | 3 |  |  |  |  |
| 29 | CLOMIPRAMINI H/CHL. |  | 75 mg | 20 | 35 |  |  |  |  |
| 30 | CLOMIPRAMINI H/CHL. |  | 25 mg | 30 | 6 |  |  |  |  |
| 31 | CLONAZEPAMUM |  | 0,5 mg | 30 | 30 |  |  |  |  |
| 32 | CLONAZEPAMUM |  | 2 mg | 30 | 80 |  |  |  |  |
| 33 | CLONAZEPAMUM |  | 1 mg/1 ml | 10 | 35 |  |  |  |  |
| 34 | CLONIDINI H/CH |  | 75mg | 50 | 15 |  |  |  |  |
| 35 | CLOZAPINUM |  | 25 mg | 50 | 20 |  |  |  |  |
| 36 | CLOZAPINUM |  | 100mg | 50 | 35 |  |  |  |  |
| 37 | DIAZEPAMUM |  | 2 mg | 20 | 150 |  |  |  |  |
| 38 | DIAZEPAMUM |  | 5 mg | 20 | 500 |  |  |  |  |
| 39 | DIAZEPAMUM |  | 10 mg/2 ml | 50 | 40 |  |  |  |  |
| 40 | DIGOXINUM |  | 0,5mg/2ml | 5 | 10 |  |  |  |  |
| 41 | DIGOXINUM |  | 0,1mg | 30 | 10 |  |  |  |  |
| 42 | DIGOXINUM |  | 0,25mg | 30 | 5 |  |  |  |  |
| 43 | DOXEPINUM |  | 10 mg | 30 | 25 |  |  |  |  |
| 44 | DOXEPINUM |  | 25 MG | 30 | 40 |  |  |  |  |
| 45 | ESCITALOPRANUM |  | 10MG | 28 | 20 |  |  |  |  |
| 46 | ESTAZOLAMUM |  | 2 MG | 20 | 180 |  |  |  |  |
| 47 | FLUOXETINUM |  | 20mg | 30 | 30 |  |  |  |  |
| 48 | FLUPENTIXOL |  | 0,5 mg | 50 | 4 |  |  |  |  |
| 49 | FLUPENTIXOL |  | 3 mg | 50 | 2 |  |  |  |  |
| 50 | FLUPENTIXOL |  | 20mg/1ml amp | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 51 | GLYCEROLI TRINITRAS |  | 10mg/10ml | 10 | 6 |  |  |  |  |
| 52 | GLYCEROLI TRINITRAS AEROSOL |  | 0,4mg/dose | 1 | 14 |  |  |  |  |
| 53 | HALOPERIDOLUM |  | 1 mg | 40 | 50 |  |  |  |  |
| 54 | HALOPERIDOLUM |  | 5 mg | 30 | 50 |  |  |  |  |
| 55 | HALOPERIDOLUM |  | 100 ml GTT. | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 56 | HALOPERIDOLUM |  | 5 mg/1 ml | 10 | 15 |  |  |  |  |
| 57 | HALOPERIDOL DECANATE |  | 0,05G/1 ML | 5 | 1 |  |  |  |  |
| 58 | HYDROXIZINUM |  | 10 mg | 30 | 70 |  |  |  |  |
| 59 | HYDROXIZINUM |  | 25 mg | 30 | 120 |  |  |  |  |
| 60 | HYDROXIZINUM |  | 250g | 1 | 150 |  |  |  |  |
| 61 | HYDROXIZINUM |  | 0,1g/2 ml | 5 | 30 |  |  |  |  |
| 62 | KALII CLORAZEPAS |  | 5 mg | 30 | 100 |  |  |  |  |
| 63 | KALII CLORAZEPAS |  | 10 mg | 30 | 40 |  |  |  |  |
| 64 | LAMOTRIGINUM |  | 25mg | 30 | 15 |  |  |  |  |
| 65 | LAMOTRIGINUM |  | 50 mg | 30 | 20 |  |  |  |  |
| 66 | LAMOTRIGINUM |  | 100 mg | 30 | 25 |  |  |  |  |
| 67 | LEVETIRACETAM |  | 0,5 mg | 50 | 30 |  |  |  |  |
| 68 | LEVOMEPROMAZINUM |  | 25mg/ml | 10 | 20 |  |  |  |  |
| 69 | LEVOMEPROMAZINUM |  | 25 mg | 50 | 110 |  |  |  |  |
| 70 | LITHIUM CARBONICUM |  | 250mg | 60 | 10 |  |  |  |  |
| 71 | LORAZEPAMUM |  | 2,5 mg | 25 | 20 |  |  |  |  |
| 72 | LORAZEPAMUM |  | 1 MG | 25 | 20 |  |  |  |  |
| 73 | MIANSERINUM |  | 10 MG | 30 | 25 |  |  |  |  |
| 74 | MIANSERINUM |  | 30 MG | 30 | 100 |  |  |  |  |
| 75 | MIANSERINI H/CH |  | 60 MG | 30 | 10 |  |  |  |  |
| 76 | MIRTAZAPINE |  | 30MG | 30 | 20 |  |  |  |  |
| 77 | MOCLOBEMIDUM |  | 150MG | 30 | 10 |  |  |  |  |
| 78 | NALOXONE H/CH |  | 0,4MG/1ML | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 79 | NITRAZEPAMUM |  | 5 MG | 20 | 40 |  |  |  |  |
| 80 | NORADRENALINUM |  | 1MG/ML A 1ML | 10 | 50 |  |  |  |  |
| 81 | OLANZAPINUM |  | 10 MG R-R DO WSTRZYKNIĘĆ | 1 FIOLKA | 20 |  |  |  |  |
| 82 | OLANZAPINUM |  | 5 MG | 30 | 20 |  |  |  |  |
| 83 | OLANZAPINUM |  | 10 mg | 30 | 20 |  |  |  |  |
| 84 | OLANZAPINUM |  | 5mg ulegające rozpadowi w jamie ust | 28 | 70 |  |  |  |  |
| 85 | OLANZAPINUM |  | 10mg ulegające rozpadowi w jamie ust | 28 | 50 |  |  |  |  |
| 86 | OLANZAPINUM |  | 15mg ulegające rozp w jamie ust | 28 | 10 |  |  |  |  |
| 87 | OLANZAPINUM |  | 20mg ulegające rozp w jamie ust | 28 | 20 |  |  |  |  |
| 88 | OPIPRAMOLUM |  | 50 mg | 20 | 60 |  |  |  |  |
| 89 | OXAZEPAMUM |  | 10 mg | 20 | 20 |  |  |  |  |
| 90 | OXCARBAMAZEPINUM |  | 300 mg | 50 | 2 |  |  |  |  |
| 91 | OXCARBAMAZEPINUM |  | 150 mg | 50 | 2 |  |  |  |  |
| 92 | PAROXETINUM |  | 20 mg | 30 | 20 |  |  |  |  |
| 93 | PERNAZINUM |  | 25 mg | 20 | 600 |  |  |  |  |
| 94 | PERNAZINUM |  | 100 mg | 30 | 250 |  |  |  |  |
| 95 | PRIDINOLI |  | 5 mg | 50 | 10 |  |  |  |  |
| 96 | PREGABALIN |  | 75 mg | 56 | 20 |  |  |  |  |
| 97 | PROMAZINUM |  | 25 mg | 60 | 20 |  |  |  |  |
| 98 | PROMAZINUM |  | 50 mg | 60 | 100 |  |  |  |  |
| 99 | PROMAZINUM |  | 100 mg | 60 | 120 |  |  |  |  |
| 100 | PROMETHASINI H/CHL. |  | 10 mg | 20 | 20 |  |  |  |  |
| 101 | PROMETHASINI H/CHL. |  | 25 mg | 20 | 200 |  |  |  |  |
| 102 | RISPERIDONUM |  | 1 mg | 20 | 150 |  |  |  |  |
| 103 | RISPERIDONUM |  | 2 mg | 20 | 100 |  |  |  |  |
| 104 | RISPERIDONUM |  | 3 mg | 20 | 30 |  |  |  |  |
| 105 | RISPERIDONUM |  | 4 mg | 20 | 10 |  |  |  |  |
| 106 | RISPERIDONUM |  | 1mg ulęgające rozpadowi w jamie ust | 50 | 4 |  |  |  |  |
| 107 | RISPERIDONUM |  | 2mg ulęgające rozpadowi w jamie ust | 50 | 4 |  |  |  |  |
| 108 | RUVASTYGMINUM |  | 3 mg | 28 | 3 |  |  |  |  |
| 109 | SELEGILINE |  | 5mg | 50 | 4 |  |  |  |  |
| 110 | SERTRALINUM |  | 100mg | 28 | 60 |  |  |  |  |
| 111 | SERTRALINUM |  | 50 mg | 28 | 200 |  |  |  |  |
| 112 | SPIRYTUS 70% SKAŻONY |  | 1L | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 113 | SPIRYTUS 96% CZYSTY |  | 1l | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 114 | SULPIRIDUM |  | 50 mg | 24 | 20 |  |  |  |  |
| 115 | SULPIRIDUM |  | 100 mg | 24 | 50 |  |  |  |  |
| 116 | SULPIRIDUM |  | 200mg | 30 | 8 |  |  |  |  |
| 117 | QUETIAPINUM |  | 25mg | 30 | 120 |  |  |  |  |
| 118 | QUETIAPINUM |  | 100mg | 60 | 50 |  |  |  |  |
| 119 | QUETIAPINUM |  | 200mg | 60 | 10 |  |  |  |  |
| 120 | TIANEPTINUM NATRICUM |  | 12,5 mg | 30 | 40 |  |  |  |  |
| 121 | TIAPRIDE |  | 100mg | 20 | 20 |  |  |  |  |
| 122 | TOPIRAMATE |  | 25mg | 28 | 4 |  |  |  |  |
| 123 | TRAZODON |  | 75 mg | 30 | 50 |  |  |  |  |
| 124 | TRAZODON |  | 150mg | 60 | 30 |  |  |  |  |
| 125 | WENLAFAKSYNUM |  | 75 mg | 28 | 100 |  |  |  |  |
| 126 | WENLAFAKSYNUM |  | 150 mg | 28 | 5 |  |  |  |  |
| 127 | ZIPRASIDONE |  | 40mg | 14 | 2 |  |  |  |  |
| 128 | ZIPRASIDONE |  | 20mg/ml | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 129 | ZOLPIDEMI TARTRAS |  | 10 mg | 20 | 80 |  |  |  |  |
| 130 | ZOPICLONUM |  | 7,5 mg | 20 | 50 |  |  |  |  |
| 131 | ZUCLOPENTHIXOLUM |  | 10 mg | 100 | 7 |  |  |  |  |
| 132 | ZUCLOPENTHIXOLUM ACETAS |  | 25 mg | 100 | 4 |  |  |  |  |
| 133 | ZUCLOPENTHIXOLUM ACUPHASE |  | 50 mg/1 ml | 5 | 15 |  |  |  |  |
| 134 | ZUCLOPENTHIXOLUM DECANOAS |  | 200 mg/1 ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 1 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 2 - NARKOTYCZNE LEKI PRZECIWBÓLOWE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | CODEINI PHOSPHORICI PLV. |  | sub. Rec. | 10 G | 50 |  |  |  |  |
| 2 | MORPHINUM SULFAS |  | 10mg/1 ml | 10 AMP.1ML | 60 |  |  |  |  |
| 3 | MORPHINUM SULFAS |  | 20mg/1 ml | 10 AMP.1ML | 40 |  |  |  |  |
| 4 | MORPHINUM |  | 20mg a 20 szt | 60 TABL. | 3 |  |  |  |  |
| 5 | PETHIDINE |  | 100/2 ml | 10 AMP.2 ML | 5 |  |  |  |  |
| 6 | MORPHINUM SULFAS CONTINUS |  | 10 mg a 20szt | 20 TABL. BLIST | 15 |  |  |  |  |
| 7 | MORPHINUM SULFAS CONTINUS |  | 30 mg a 20szt | 20 TABL. BLIST | 15 |  |  |  |  |
| 8 | MORPHINUM SULFAS CONTINUS |  | 60 mg a 20szt | 20 TABL. BLIST | 5 |  |  |  |  |
| 9 | FENTANYLUM TTS |  | 25 mcg/h | 5 SZT | 25 |  |  |  |  |
| 10 | FENTANYLUM TTS |  | 50 mcg/h | 5 SZT | 25 |  |  |  |  |
| 11 | FENTANYLUM TTS |  | 75mcg/h | 5 SZT | 20 |  |  |  |  |
| 12 | FENTANYLUM TTS |  | 100mcg/h | 5 SZT | 20 |  |  |  |  |
| 13 | BUPRENORPHINUM 35mcg/H System transdermalny 0,035 mg/1H |  | 0,035/1H=0,84/24H | 5 | 25 |  |  |  |  |
| 13 | BUPRENORPHINUM 35mcg/H System transdermalny 0,0525 mg/1H |  | 0,0525/1H=0,84/24H | 5 | 6 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 2 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 3 - PŁYNY INFUZYJNE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | AQUA PRO INJECTIONE  Butelka stojąca z dwoma niezależnymi równymi korkami nie wymagającymi dezynfekcji |  | 500 ml | 1 | 250 |  |  |  |  |
| 2 | GLUCOSUM Butelka stojąca z dwoma niezależnymi równymi korkami nie wymagającymi dezynfekcji |  | 5% 500ml | 1 | 3800 |  |  |  |  |
| 3 | GLUCOSUM Butelka stojąca z dwoma niezależnymi równymi korkami nie wymagającymi dezynfekcji |  | 5% 250 ml | 1 | 900 |  |  |  |  |
| 4 | GLUCOSUM Butelka stojąca z dwoma niezależnymi równymi korkami nie wymagającymi dezynfekcji |  | 10% 500 ml | 1 | 900 |  |  |  |  |
| 5 | MANNITOL |  | 15% 100 ml | 1 | 1000 |  |  |  |  |
| 6 | MANNITOL |  | 15% 250 ml | 1 | 600 |  |  |  |  |
| 7 | NATRIUM CHLORATUM  Butelka stojąca z dwoma niezależnymi równymi korkami nie wymagającymi dezynfekcji |  | 0.9% 100 ml | 1 | 6000 |  |  |  |  |
| 8 | NATRIUM CHLORATUM Butelka stojąca z dwoma niezależnymi równymi korkami nie wymagającymi dezynfekcji |  | 0.9% 250 ml | 1 | 6000 |  |  |  |  |
| 9 | NATRIUM CHLORATUM Butelka stojąca z dwoma niezależnymi równymi korkami nie wymagającymi dezynfekcji |  | 0.9% 500 ml | 1 | 7000 |  |  |  |  |
| 10 | Płyn wieloelektrolitowy w pełni zbilansowany zawierający jony Na,Cl,K,Mg,Ca buforowany octanami, jabłczanami lub glukonianami bez zawartości cytrynianów i mleczanów 500ml |  | 500 ml | 1 | 3200 |  |  |  |  |
| 11 | POTASIUM CHLORIDE roztwór z 0,9% NaCl |  | 500 ml 0,15% | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 12 | POTASIUM CHLORIDE roztwór z 0,9% NaCl |  | 500 ml 0,3% | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 13 | POTASIUM CHLORIDE roztwór z 5% Glukoza |  | 500 ml 0,15% | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 14 | POTASIUM CHLORIDE roztwór z 5% Glukoza |  | 500 ml 0,3% | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 15 | NASADKA PRZELEWOWA ECOFLAC MIX |  |  | 1 | 5000 |  |  |  |  |
| 16 | MINI SPIKE PLUS CZERWONY |  |  | 1 | 1000 |  |  |  |  |
| 17 | HES 6 % |  | 250 ML | 1 | 15 |  |  |  |  |
| 18 | SOL. RINGERI |  | 250 ML | 1 | 15 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 3 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 4 - KREMY, MAŚCI, ŻELE, CZOPKI, GLOBULKI** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | AC.SALICYLICUM+FLUMETAZONUM A |  | UNG.TYP A 15,0g | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 2 | AC.SALICYLICUM+FLUMETAZONUM C |  | UNG.TYP C 15.0 g | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 3 | AC.SALICYLICUM+FLUMETAZONUM N |  | UNG. TYP N 15.0g | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 4 | ACICLOVIRUM UNG.OPHTH. |  | 30 mg 4.5 gr ung | 1 | 6 |  |  |  |  |
| 5 | ACIDUM BORICUM |  | 10% 20g | 1 | 6 |  |  |  |  |
| 6 | ALANTOINUM |  | 30g ung. | 1 | 15 |  |  |  |  |
| 7 | ALANTOINUM PLUS |  | 35 g creme | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 8 | ALUMINI ACETAS TARTRAS |  | 1% 75.0 gel | 1 | 60 |  |  |  |  |
| 9 | BENZOCAINI+MENTHOLUM+ZINCI OXYDATII |  | 10mg+10mg+300mg/60g pasta | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 10 | BETAMETHASONI DIPROPIONAS + CLOTRIMAZOL + GENTAMYCINI SULFAS |  | ( 500mg + 10mg +1mg ) 1g ung | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 11 | BISACODYL SUPP. |  | 10mg supp | 5 | 50 |  |  |  |  |
| 12 | CLOTRIMAZOL |  | 100mg supp vag | 6 | 20 |  |  |  |  |
| 13 | CLOTRIMAZOL KREM |  | 1% 20.0g crème | 1 | 80 |  |  |  |  |
| 14 | CROTAMITON UNG. |  | 10% 40.0 g ung | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 15 | DENOTIVIR |  | 3 % 3,0g creme | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 16 | DETREOMYCINUM UNG. |  | 2% 5.0g ung | 1 | 15 |  |  |  |  |
| 17 | DICLOFENAC NA. |  | 50 mg supp | 10 | 5 |  |  |  |  |
| 18 | DICLOFENAC NA. |  | 100mg supp | 10 | 30 |  |  |  |  |
| 19 | ESCULINUM+LIDOCAINI H/CHL. UNG. |  | 30.0g ung | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 20 | FLUOCINOLONI ACETONIDI+NEOMYCIN SULFAS UNG. |  | 15.0g ung | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 21 | HEPARINUM NATRIUM 1.000 j.m. |  | 50.0g gel | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 22 | HEPARINUM NATRIUM 300 j |  | 20.0 creme | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 23 | HYDROCORTISONI+OXYTETRA OPHT. |  | 10mg+10mg/g 3g ung opht | 1 | 2 |  |  |  |  |
| 24 | HYDROCORTISONI+OXYTETRA. |  | 10mg+30mg/g 10g ung. | 1 | 6 |  |  |  |  |
| 25 | HYDROCORTISONUM ACETICUM KREM |  | 1% 15.0g ung | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 26 | KETOPROFEN GEL |  | 2,5% 50,0g gel | 1 | 25 |  |  |  |  |
| 27 | LIGNOCAINUM H/CHL. A GEL |  | 2% 30.0g gel | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 28 | LIGNOCAINUM H/CHL. U GEL |  | 2% 30.0g gel | 1 | 40 |  |  |  |  |
| 29 | LINOMAG KREM |  | 30.0 g creme | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 30 | LINOMAG UNG. |  | 30.0 g ung | 1 | 40 |  |  |  |  |
| 31 | METRONIDAZOLUM |  | supp vag 500mg | 10 | 3 |  |  |  |  |
| 32 | MESALAZINUM |  | 250mg supp | 30 | 10 |  |  |  |  |
| 33 | NAPROXENUM |  | 10% 50.0g gel | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 34 | NEOMYCINUM UNG. OPHTH. |  | 0,5% 3.0 g creme | 1 | 15 |  |  |  |  |
| 35 | NITROFURAZON UNG. |  | 25.0g ung | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 36 | NYSTATIN |  | 100 tys.j.m. Tab. Vag.. | 10 | 2 |  |  |  |  |
| 37 | PARACETAMOLUM |  | 500mg supp | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 38 | PHENYLOBUTASONUM SUPP. |  | 250mg supp | 5 | 10 |  |  |  |  |
| 39 | PHENYLOBUTASONUM UNG. |  | 5% 30.0g ung | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 40 | PREPARAT STOSOWANY W ŻYLAKACH ODBYTU |  | Supp x 10 | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 41 | SULFATHIAZOLUM ARGENTUM |  | 2% 40.0 ung | 1 | 35 |  |  |  |  |
| 42 | SUPP. GLICEROLI |  | 2.0g supp | 10 | 30 |  |  |  |  |
| 43 | UNG.HYDROCORTISONUM TYPU LATICORT |  | 0,1% 15g creme | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 44 | UNG.HYDROCORTISONUM TYPU LATICORT |  | 0,1% 15.0g ung | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 45 | UNGUENTUM AMMONII SULFOBITUMINICI |  | 10% ung. 20,0g | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 46 | ZINCI OXYDUM |  | 25g ung. | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 47 | SUDOCREM/ZUDOLAN |  | ung. 250G | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 48 | PREDNISOLOLE PIVOLATE |  | Krem 0,5% 10g | 1 | 15 |  |  |  |  |
| 49 | ŻEL HYDROCOLOIDOWY GRANUŻEL |  | 15g / tubę | 1 | 40 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 4 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 5 CYTOSTATYKI – CARBOPLATINUM** | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | | Cena opakowania netto w zł | | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | | 7 | | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | Carboplatinum |  | Inj. 0,45g/45ml | | 1 | 90 | |  | |  |  |  |
| 2 | Carboplatinum |  | inj. 0,15g/15ml | | 1 | 120 | |  | |  |  |  |
| 3 | Carboplatinum |  | Inj. 0,60g/60ml | | 1 | 20 | |  | |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  | **UWAGA: Zamawiający wymaga dostarczenia preparatów cytostatycznych w formie płynnej.** | | | | | | | | | | | |

Cena pakietu nr 5 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 6 CYTOSTATYKI – VINORELBINUM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | | | | | Nazwa handlowa | | Dawka/postać | | Ilość sztuk w opakowaniu | | | Ilość opakowań | | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | | | | | VAT % | | | Wartość brutto w zł | |
| 1 | 2 | | | | | 3 | | 4 | | 5 | | | 6 | | 7 | 8=6x7 | | | | | 9 | | | 10=8+9 | |
| 1 | Vinorelbinum o ograniczonych zarejestrowanych wskazaniach (dopuszcza się o pełnych wskazaniach rejestracyjnych i terapeutycznych) | | | | |  | | Inj. 0,01g | | 10 | | | 3 | |  |  | | | | |  | | |  | |
| 2 | Vinorelbinum o ograniczonych zarejestrowanych wskazaniach (dopuszcza się o pełnych wskazaniach rejestracyjnych i terapeutycznych) | | | | |  | | Inj. 0,05g | | 10 | | | 3 | |  |  | | | | |  | | |  | |
| 3 | Vinorelbinum bez ograniczeń rejestracyjnych | | | | |  | | Inj. 0,01g | | 10 | | | 100 | |  |  | | | | |  | | |  | |
| 4 | Vinorelbinum bez ograniczeń rejestracyjnych | | | | |  | | Inj. 0,05g | | 10 | | | 30 | |  |  | | | | |  | | |  | |
| 5 | Vinorelbine | | | | |  | | Caps 0,02g. | | 1 | | | 200 | |  |  | | | | |  | | |  | |
| 6 | Vinorelbine | | | | |  | | Caps 0,03g. | | 1 | | | 250 | |  |  | | | | |  | | |  | |
| Razem | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | |
| **UWAGA: Zamawiający wymaga dostarczenia preparatów cytostatycznych w formie płynnej.**  Cena pakietu nr 6 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto  (słownie.................................................................................................................................................................................................................)  .............................................................................  Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy  ARKUSZ CENOWY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PAKIET NR 7 CYTOSTATYKI – ETOPOSIDUM** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | | Dawka/postać | | Ilość sztuk w opakowaniu | | Ilość opakowań | | | Cena opakowania netto w zł | | | | Wartość netto w zł | | | VAT % | | Wartość brutto w zł | | | | |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | | 7 | | | | 8=6x7 | | | 9 | | 10=8+9 | | | | |
| 1 | Etoposidum |  | | Inj. 0,1g/5ml | | 1 | | 200 | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |
| 2 | Etoposidum |  | | Inj.0,2g/10ml | | 1 | | 500 | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  |  | | | |
| **UWAGA: Zamawiający wymaga dostarczenia preparatów cytostatycznych w formie płynnej.**  Cena pakietu nr 7 .............................................................zł netto + .............................. zł VAT = ...............................................zł brutto  (słownie.....................................................................................................................................................................................)  ..................................................... .  Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 8 CYTOSTATYKI – ONDANSETRONI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | | Nazwa handlowa | | Dawka/postać | | Ilość sztuk w opakowaniu | | Ilość opakowań | | | Cena opakowania netto w zł | | Wartość netto w zł | | | VAT % | | | | | Wartość brutto w zł | | | | |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | | 7 | | 8=6x7 | | | 9 | | | | | 10=8+9 | | | | |
| 1 | Ondansetroni h/chl | |  | | Inj. iv 8mg/4ml | | 5 | | 40 | | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| 2 | Ondansetroni h/chl | |  | | tabl 8mg | | 10 | | 250 | | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| Razem | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |

Cena pakietu nr 8 ............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 9 CYTOSTATYKI – CISPLATINUM** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | Cisplatinum |  | Inj. 0,01g/10ml | 1 | 650 |  |  |  |  |
| 3 | Cisplatinum |  | Inj. 0,05g/50ml | 1 | 850 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **UWAGA: Zamawiający wymaga dostarczenia preparatów cytostatycznych w formie płynnej.** | | | | | | | | |

Cena pakietu nr 9 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .......................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 10 CYTOSTATYKI – GEMCITABINUM** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | GEMCITABINUM |  | INJ.200 mg | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 2 | GEMCITABINUM |  | INJ. 1,0 g | 1 | 20 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |
|  | **UWAGA: Zamawiający wymaga dostarczenia preparatów cytostatycznych w formie płynnej.** | | | | | | | | |

Cena pakietu nr 10 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 11 - PREPERATY KRWIOPOCHODNE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | ALBUMINA LUDZKA |  | 20% 50 ml | 1 | 200 |  |  |  |  |
| 2 | ALBUMINA LUDZKA |  | 20% 100 ml | 1 | 300 |  |  |  |  |
| 3 | IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM INTRAGLOBIN F |  | 2,5 g | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 4 | IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM INTRAGLOBIN F |  | 5 g | 1 | 10 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 11 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 12 CYTOSTATYKI - APREPITANT** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | APREPITANT |  | 80/125mg | 3 | 150 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 12 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 13 - METADON NIE OBJĘTY PROGRAMEM DO SUBSTYTUCYJNEGO LECZENIA** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość miligram | Cena 1 miligrama netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | METHADONE H/CHL |  | 1000 ml | 1 | 250 000 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 13 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

**PAKIET NR 14 - METADON OBJĘTY PROGRAMEM DO SUBSTYTUCYJNEGO LECZENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość mg substancji czynnej | Cena 1 miligrama netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5x6 | 8 | 9=7+8 |
| 1 | METHADONE H/CHL |  | 1000 ml | 6 000 000 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 14 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 15 ŻYWIENIE POZAJELITOWE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | Aminokwasy z elektrolitami w tym fosforany, azotany 15,8g/l |  | 500ml | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 2 | Worek dwukomorowy do żywienia pozajelitowego zawierający aminokwasy ,glukozę, elektrolity o zawartości azotu 6,8g,energia całkowita790kacl,osmolarność 1400mOsm/l, pojemności 1000ml |  | 1000ml | 1 | 15 |  |  |  |  |
| 3 | Aminokwasy specjalistyczne wątrobowe, bez elektrolitów,  poj. 500ml |  | 500ml | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 4 | Koncentrat pierwiastków śladowych zawierający Fe.Mo.Cu,Zn,Cr.Mn.Se,F,J do żywienia pozajelitowego amp.10mlx5 tracutil |  | 10ml | 20 amp | 5 |  |  |  |  |
| 5 | 10% LipofundinMCT/LCT-emulsja beztłuszczowa MCT/LCT 10% zawierająca olej sojowy, olej kokosowy, witaminę E , poj. 500 ml |  | 500ml | 1 | 40 |  |  |  |  |
| 6 | Nutridrink – różne smaki |  | 200ml | 4 | 30 |  |  |  |  |
| 7 | Dieta bezresztkowa normokaloryczna (1 kcal/ml),zawierająca mieszankę białek w proporcji 35% serwatkowych,25% kazeiny,20% białek soi, 20%białek grochu, zawartość : białka 4g/100ml,węglowadoany 12,3g/100ml(w tym ponad 92% węglowodany złożone), tłuszcz 3,9g/100ml,zawartość wielonienasyconych tłuszczów omega-6/omega-3 w proporcji 2,87; zawartoścDHA+EPA nie mniej niż 33,5mg/100ml, dieta zawierająca 6 naturalnych karotenoidów (0,20mg/100ml), klinicznie wolna od laktozy(<0,025g/100ml),% energii z białka-1+6%,węglowodanów-49%, tłuszczów-35% o osmolarności 225 mOsmol/l, opakowanie 1000 ml |  | 420KJ/100ML | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 8 | Dieta kompletna pod wg odżywczym, w postaci proszku, bezresztkowa, 16%energii z białka, 35% energii z tłuszczu, klinicznie wolna od laktozy, bezglutenowa, normo-lub hipelkaloryczna w zależności od sporządzonego roztworu, stosowana jako dieta kompletna lub uzupełnienie diety o osmolarności nie wyższej niż 320 mosmol/l, o opakowaniu puszka 430 g |  | 430g | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 9 | Kompletna , zbilansowana dieta zawierająca fruktooligosacharydy (FOS)oraz inulinę. 400 g |  | 400G | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 10 | Witaminy rozpuszczalne w wodzie i w tłuszczach(z vit K), produkt złożony |  | 10ml amp | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 11 | Dieta cząstkowa w proszku będąca źródłem białka i wapnia, 95% energii pochodzi z białka, wapń 1350mg/100g,bezglutenowa,stanowiaca dodatkowe źródło białka w przypadku pacjentów, których dieta nie pokrywa całkowitego zapotrzebowania na jego wartość, przy oparzeniach, odleżynach, utrudnionym gojeniu ran, nadmiernej utraty białka z wydzielinami i wydalinami ustrojowymi, opakowanie 225 g |  | zawiesina | 1 | 20 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 15 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

**PAKIET NR 16 - TABLETKI, KROPLE, SYROPY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość tabl./sasz./ml/op. | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | AC. ACETYLOSALICYLICUM |  | 75 mg | 3000 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 2 | AC. ACETYLOSALICYLICUM |  | 150mg x 60 | 300 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 3 | AC. ASCORBICUM |  | 0,2g | 400 tabl. | 8 |  |  |  |  |
| 4 | AC.URODEOXYCHOLICUM |  | 0.15g | 1000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 5 | AC.URODEOXYCHOLICUM |  | 0.3g | 300 tabl. | 6 |  |  |  |  |
| 6 | ACENOCUMAROLUM |  | 4 mg | 240 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 7 | ACETYLOCYSTEINUM |  | 0,2g | 200tab | 10 |  |  |  |  |
| 8 | ACETYLOCYSTEINUM |  | 0,6g | 200 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 9 | ACICLOVIRUM |  | 0,4g | 450 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 10 | ACICLOVIRUM |  | 0,8g | 1200 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 11 | ACIDUM FOLICUM |  | 0,4mg | 450 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 12 | ACIDUM FOLICUM |  | 15 mg | 1800 tabl. | 60 |  |  |  |  |
| 13 | ACIDUM MEFENAMICUM |  | 0.25g | 750 tabl | 25 |  |  |  |  |
| 14 | ACIDUM URSODEOXYCHOLICUM |  | 250mg | 2000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 15 | AETHYLIUM CHLORATUM AER. |  | 70.0g | 1400 g | 20 |  |  |  |  |
| 16 | AKARBAZYNA |  | 50 mg | 300 tabl | 10 |  |  |  |  |
| 17 | ALKARBAZYNA |  | 100mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 18 | ALLOPURINOLUM |  | 0.1g | 1000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 19 | ALLOPURINOLUM |  | 0,3g | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 20 | ALUMINI ACETAS TARTRAS |  | 1g | 240 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 21 | ALUMINI PHOSPHATAS |  | P£YN 250.0 | 50 op. | 50 |  |  |  |  |
| 22 | AMBROXOLUM SYROP |  | 30 mg/5 ml 150 ml | 80 op | 80 |  |  |  |  |
| 23 | AMIODARONI |  | 200mg | 360 tabl | 6 |  |  |  |  |
| 24 | AMILORIDUM+HYDROCHLOROTIAZYD |  | 5mg + 50mg | 400 tabl. | 8 |  |  |  |  |
| 25 | AMLODIPINUM |  | 5mg | 900 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 26 | AMLODIPINUM |  | 10 mg | 900 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 27 | ATENOLOLUM |  | 25mg | 240 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 28 | ATENOLOLUM |  | 50 mg | 240 tabl. | 8 |  |  |  |  |
| 29 | ATORVASTATINUM |  | 20mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 30 | ATORVASTATINUM |  | 40mg | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 31 | AZAPENTACENE |  | Gtt opht 0,015% | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 32 | AZATHIOPIRYNUM |  | 50mg | 200 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 33 | BACLOFENUM |  | 10mg | 250 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 34 | BACLOFENUM |  | 25 mg. | 1500 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 35 | BENFOTIAMINUM+PYRIDOXINI H/CH |  | 100mg+100mg | 450 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 36 | BENZYLIS BEN+CETRIMONII BROM (NOWOSCABIN) |  | 120 ML | 50 op. | 50 |  |  |  |  |
| 37 | BETAHISTINE |  | 8mg | 200 tabl. | 2 |  |  |  |  |
| 38 | BETAHISTINE |  | 16mg | 180 tabl. | 3 |  |  |  |  |
| 39 | BETAHISTINE |  | 24mg | 240 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 40 | BETAXOLOLI HYDROCHLORIDUM |  | 20 mg | 120 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 41 | BISOPROLOLUM |  | 2,5MG | 1800 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 42 | BISOPROLOLUM |  | 10mg | 600tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 43 | BISOPROLOLUM |  | 5mg | 1800 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 44 | BOLDYNA + WYCI¥G SUCHY Z ALOESU |  | 1mg + 23,6mg | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 45 | BROMHEXINI H/CHL. |  | 8 mg | 2800 tabl. | 70 |  |  |  |  |
| 46 | BUDESONIDUM |  | 200mcg | 200 op | 200 |  |  |  |  |
| 47 | BUDESONIDUM |  | 0,5mg/ml zaw do inh 2ml x 20amp | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 48 | CALCII FOLINAS |  | 15mg | 600 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 49 | CALCIUM LACTOGLUCONICUM |  | tabl musuj¹ce | 720 tabl | 60 |  |  |  |  |
| 50 | CALPEROS |  | 1000mg | 6 op. | 6 |  |  |  |  |
| 51 | CAPTOPRILUM |  | 12,5mg | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 52 | CARBO MEDICINALIS |  | 300mg lub 200 | 200 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 53 | CAPTOPRILUM |  | 25 mg | 900 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 54 | CARVEDILOLUM |  | 6,25mg | 450 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 55 | CARVEDILOLUM |  | 12,5mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 56 | CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM |  | 10 mg | 1600 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 57 | CHLOROWODOREK OKSYTETRA-CYKUNY + HYDROKORTYZON W POSTACI AEROZOLU |  | 55 ml | 400 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 58 | CHLORQUINALDOLUM |  | Do ssania | 1600 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 59 | CINNARIZINE |  | 25mg | 750 tabl | 15 |  |  |  |  |
| 60 | CLEMASTINUM |  | 1 mg | 900 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 61 | CLOPIDOGRELUM |  | 75mg | 420 | 15 |  |  |  |  |
| 62 | DEXAMETHASONI |  | 1mg/ml oph | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 63 | DEXAMETHASONUM |  | 1 mg | 600 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 64 | DEXAMETHASONI AER. |  | 55 ml | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 65 | DEXAMETHASONI+NEOMYCINUM AER |  | 30 ml | 1 op | 10 |  |  |  |  |
| 66 | DICLOFENAC NA. |  | 50 mg | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 67 | DICLOFENAC NA. |  | 100 mg | 300 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 68 | DILTIAZEMUM |  | 60mg | 300 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 69 | DILTIAZEMUM |  | 0,12g | 120 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 70 | DIMETICONUM |  | 50 mg | 2000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 71 | DIOSMECTINE |  | 3g/sasz | 1200 sasz. | 40 |  |  |  |  |
| 72 | DIOSMINUM |  | 0.5g | 1200 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 73 | DIPHENOSXYCATI H/CHL.+ATROPINI SULFAS |  | 2,5mg+0,025mg | 400 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 74 | DONEPEZILI H/CH |  | 5mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 75 | DONEPEZILI H/CH |  | 10mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 76 | DOXAZOSINUM |  | 2mg | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 77 | DOXAZOSINUM |  | 4mg | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 78 | DROTAVERINI H/CHL. |  | 40 mg | 1600 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 79 | DROTAVERINI H/CHL. FORTE |  | 80mg | 1000 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 80 | ENALAPRILI MALEAS |  | 5 mg | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 81 | ENALAPRILI MALEAS |  | 10 mg | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 82 | ENALAPRILI MALEAS |  | 20 mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 83 | ETAMSYLATUM |  | 0.25g | 4500 | 150 |  |  |  |  |
| 84 | ETHACRIDINI LACTAS |  | 0.1g | 200 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 85 | ETHAMBUTOLUM DIHYDROCHLORIDUM |  | 0.25g | 50000 kaps | 200 |  |  |  |  |
| 86 | FENOFIBRATUM |  | 267mg | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 87 | FENOTEROLUM H/BR+IPRAPTOPII BR. |  | 0,5mg+0,25mg/ml roztw do neb | 200 op | 200 |  |  |  |  |
| 88 | FENOTEROLUM+IPRAPTOPII BR. |  | 0,05mg+0,021mg/d aer | 150 op. | 150 |  |  |  |  |
| 89 | FERROSI SULFAS |  | 105mg. | 3600 | 120 |  |  |  |  |
| 90 | FINASTERIDUM |  | 5mg | 280 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 91 | FLUCONAZOLUM |  | 5mg/ml 150ml sir | 60 op. | 60 |  |  |  |  |
| 92 | FLUCONAZOLUM |  | 2mg/ml 50 ml | 1500 but | 15 |  |  |  |  |
| 93 | FLUCONAZOLUM |  | 2mg/ml 100 ml | 2000 but. | 20 |  |  |  |  |
| 94 | FLUCONAZOLUM |  | 0.05g | 350 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 95 | FLUCONAZOLUM |  | 0.1g | 3640 tabl. | 130 |  |  |  |  |
| 96 | FLUDROCORTISONUM |  | 0,1mg x 20tab | 200 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 97 | FLUTICASONI PRIOPIONAS |  | Aer 250 | 300 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 98 | FORMOTEROLI FUMARAS |  | 12mcg | 900 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 99 | FLUTICASONUM |  | 2mg/2ml zaw do neb x 10poj | 100 op | 100 |  |  |  |  |
| 100 | FURAGINUM |  | 50 mg | 1800 tabl. | 60 |  |  |  |  |
| 101 | FUROSEMIDUM |  | 40 mg | 3600 tabl | 120 |  |  |  |  |
| 102 | GASTROLIT |  | 4,15g x 15 sazsetek | 300 sasz. | 20 |  |  |  |  |
| 103 | GLICERYNA |  | 86% 1000ml | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 104 | GLUCOSUM SUBS. |  | 75 GR | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 105 | GLICLAZIDUM |  | 30 mg | 900 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 106 | GLIMEPIRIDUM |  | 2mg | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 107 | GLIMEPIRIDUM |  | 3mg | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 108 | GLIMEPIRIDUM |  | 4mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 109 | HYDROCHLOROTHIAZIDUM |  | 12,5mg | 120 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 110 | HYDROCHLOROTHIAZIDUM |  | 25,0mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 111 | IBUPROFENUM |  | 200MG | 1200 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 112 | INDAPAMIDUM |  | 1.5 mg SR | 1800 tabl. | 60 |  |  |  |  |
| 113 | COLCHICI SEM.EXT.SICUM |  | 0,5mg | 200 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 114 | IPRATROPII BROMIDUM AER. |  | 200d | 50 op. | 50 |  |  |  |  |
| 115 | IPRATROPII BROMIDUM GTT. |  | 20 ml | 200 tabl. | 200 |  |  |  |  |
| 116 | ISONIAZIDUM |  | 100 mg | 3750 tabl. | 25 |  |  |  |  |
| 117 | ISOSORBIDI MONONITRAS |  | 75mg | 60 tabl. | 2 |  |  |  |  |
| 118 | ISOSORBIDI MONONITRAS |  | 50 mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 119 | ISOSORBINI MONONITRAS |  | 10mg | 300 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 120 | ISOSORBINI MONONITRAS |  | 20mg | 250 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 121 | ISOSORBINI MONONITRAS |  | 60mg | 210 tabl | 7 |  |  |  |  |
| 122 | ITRACONAZOL |  | 100mg | 560 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 123 | KALII CHLORIDE |  | 0,6g | 15000 tabl. | 150 |  |  |  |  |
| 124 | KALIUM EFFERVESCENS |  | 3 g sasz. Bez cukru | 1000 sasz. | 50 |  |  |  |  |
| 125 | KETOPROFENUM |  | 50 mg | 3000 tabl. | 150 |  |  |  |  |
| 126 | KETOPROFENUM |  | 0.1g | 7000 tabl. | 350 |  |  |  |  |
| 127 | LACTOBACILLUS+ BIFIDOBACTERIUM |  | 1,6 mld GFU liofilizowanych+ 43,75% | 4000 kaps. | 200 |  |  |  |  |
| 128 | LACTULOSUM |  | 150 ml | 300 op | 300 |  |  |  |  |
| 129 | LANSOPRAZOLUM |  | 30 mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 130 | LATANOPROST |  | Gtt opht 0,005% | 2 op. | 2 |  |  |  |  |
| 131 | LERCANIDINUM H/CH |  | 10 mg | 280 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 132 | LEVOFLOKSACINUM |  | 0,005/ml gtt oph | 3 op. | 3 |  |  |  |  |
| 133 | LEVOTHYROXINUM |  | 50mcg | 1500 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 134 | LEVOTHYROXINUM |  | 25 mcg | 1000 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 135 | LEVOTHYROXINUM |  | 75 mcg | 800 tabl | 8 |  |  |  |  |
| 136 | LEVOTHYROXINUM |  | 100 mcg | 1500 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 137 | LIGNOCAINA |  | aer10% 38 g | 20 op. | 20 |  |  |  |  |
| 138 | LISINOPRIL |  | 5 mg | 280 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 139 | LISINOPRIL |  | 10mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 140 | LOPERAMIDI HYDROCHLORIDUM |  | 2 mg | 3000 tabl. | 100 |  |  |  |  |
| 141 | LOSARTANUM |  | 50mg | 840 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 142 | MACROGALS (FORTRANS) |  | 74gx4 | 160 szsz | 40 |  |  |  |  |
| 143 | MESALAZINUM |  | 500mg tab | 1000 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 144 | MAGNESII HYDROASPARTAS+ KALII HYDROASPARTAS |  | 17mg jonów magnezu+54 mg jonów potasu | 2000 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 145 | MEGESTROLUM |  | 240 ml | 20 op. | 20 |  |  |  |  |
| 146 | MEMANTYNUM H/CH |  | 10mg | 280 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 147 | METAMIZOLUM NATRIUM |  | 0.5g | 1560 tabl. | 130 |  |  |  |  |
| 148 | METFORMINI H/CHL. |  | 0.5g | 1800 tabl. | 60 |  |  |  |  |
| 149 | METFORMINI H/CHL. |  | 0,85g | 1200 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 150 | METHYLDOPUM |  | 0.25g | 200 tabl. | 4 |  |  |  |  |
| 151 | METHYPREDNISOLONUM |  | 4mg | 1500 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 152 | METHYPREDNISOLONUM |  | 16mg | 1500 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 153 | METOCLOPRAMIDUM |  | 10 mg | 2500 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 154 | METOPROLOLI SUCCINAS |  | 47.5 ZK | 1120 tabl | 40 |  |  |  |  |
| 155 | METOPROLOLI TARTAS |  | 50 mg | 1800 tabl. | 60 |  |  |  |  |
| 156 | METRONIDAZOLUM |  | 0.25g | 800 tabl | 40 |  |  |  |  |
| 157 | NAPROXENUM |  | 0,25 | 500 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 158 | NATRII TETRABORAS |  | 200mg/ml | 60 op. | 60 |  |  |  |  |
| 159 | NATURALNY BALSAM DO PIELĘGNACJI SKÓRY NARAZONEJ NA ODLEŻYNY Z POMPKĄ |  | 500ml | 20 op. | 20 |  |  |  |  |
| 160 | NEOMYCINUM AER. |  | 55 ml | 25 op. | 25 |  |  |  |  |
| 161 | NICOTINAMIDUM |  | 0.2g | 200 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 162 | NIFUROXASIDUM |  | 100 mg | 1200 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 163 | NICERGOLINUM |  | 30 mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 164 | NIMESULIDUM |  | 100mg saszetki | 600 szsz | 20 |  |  |  |  |
| 165 | NITRENDYPINE |  | 10mg | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 166 | NITRENDYPINE |  | 20mg | 60 tabl. | 2 |  |  |  |  |
| 167 | OMEPRAZOLUM |  | 20mg | 14000 tabl | 500 |  |  |  |  |
| 168 | ORNITINI ASPARTAS |  | 100 mg+35 mg | 12000 tabl | 300 |  |  |  |  |
| 169 | OSELTAMIVIR |  | 75mg | 100 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 170 | OXYTETR.H/CH.+POLYM.B.+HYDROC.AC. |  | susp | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 171 | PANCREATINUM 10 000 |  | kaps | 750 tabl | 15 |  |  |  |  |
| 172 | PANCREATINUM 25 000 |  | kaps | 600 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 173 | PANTOPRAZOLUM |  | 20mg | 8960 tabl | 320 |  |  |  |  |
| 174 | PANTOPRAZOLUM |  | 40mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 175 | PARACETAMOLUM |  | 0.5 | 4000 tabl. | 80 |  |  |  |  |
| 176 | PASKI iXell \*\*\* |  | 50szt | 150 op. | 150 |  |  |  |  |
| 177 | PASTA ZINCI |  | 500g | 1000 gram | 2 |  |  |  |  |
| 178 | PENTOXYFILLINUM |  | 0.4g. | 450 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 179 | PENTOXYFILLINUM |  | 0,1g | 180 tabl. | 3 |  |  |  |  |
| 180 | PENTOXYFILLINUM RETARD |  | 0,6g | 100 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 181 | PERINDOPRILUM |  | 5 mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 182 | PERINDOPRILUM |  | 10 mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 183 | PERINDOPRILUM |  | 4 mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 184 | PHOSPHOLIPIDUM ESSENTIALE |  | 300 mg | 1000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 185 | PHYTOMENADIONUM |  | 10mg | 450 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 186 | PIRACETAMUM |  | 800 mg | 600 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 187 | PIRACETAMUM |  | 1200 mg | 2400 tabl | 40 |  |  |  |  |
| 188 | PIRAZINOCARBOXY AMIDUM |  | 0.5g | 25000 tabl. | 100 |  |  |  |  |
| 189 | P£YN P/WSZAWICY |  | 100.0g | 30 op. | 30 |  |  |  |  |
| 190 | POTASSIUM IODIDE + SODIUM IODIDE |  | 3mg+3mg/1ml opht | 4 op. | 4 |  |  |  |  |
| 191 | POVIDONE IODYNE |  | 10% 30 ml | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 192 | PREP. ZIOŁOWY LIV 52 |  |  | 1000 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 193 | PREDNISONUM |  | 5 mg | 2000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 194 | PREDNISONUM |  | 10 mg | 900 tabl. | 45 |  |  |  |  |
| 195 | PREDNISONUM |  | 20mg | 1200 tabl. | 60 |  |  |  |  |
| 196 | PREPARAT P/BAKTERYJNY, P/ZAPALNY TYPU DICORTINEFF |  | SUSP. 5 ml | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 197 | PREPARAT TYPU RUTINOSCORBIN |  |  | 1250 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 198 | PREPARAT ZIOŁOWY PRZECZYSZCZAJĄCY TYPU ALAX |  |  | 600 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 199 | PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM |  | 40 mg | 750 tabl | 15 |  |  |  |  |
| 200 | PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM |  | 10 mg | 2000 tabl. | 40 |  |  |  |  |
| 201 | PUDER PŁYNNY Z ANESTEZYN¥ |  | 100g | 40 op | 40 |  |  |  |  |
| 202 | PYRIDOXINI H/CHL |  | 50mg | 3500 tabl. | 70 |  |  |  |  |
| 203 | RAMIPRYLUM |  | 2,5mg | 560 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 204 | RAMIPRYLUM |  | 5mg | 2800 tabl. | 100 |  |  |  |  |
| 205 | RAMIPRYLUM |  | 10mg | 1120 | 40 |  |  |  |  |
| 206 | RANITIDINUM |  | 0.15 | 900 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 207 | RETINOL PALMITAS |  | 12 000j.m | 250 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 208 | RIBOFALVINUM |  | 3mg | 2500 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 209 | SALBUTAMOLUM |  | 100mcg/d | 15op | 15 |  |  |  |  |
| 210 | SALBUTAMOLUM |  | 2,5mg/2,5ml x 20amp | 100 op | 100 |  |  |  |  |
| 211 | SALBUTAMOLUM |  | 5mg/2,5ml x 20amp | 60 op. | 60 |  |  |  |  |
| 212 | SIMVASTATINUM |  | 40mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 213 | SIMVASTATYNUM |  | 10mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 214 | SIMVASTATYNUM |  | 20mg | 1400 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 215 | SPIRONOLACTONUM |  | 25 mg | 2000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 216 | SPIRONOLACTONUM |  | 50mg | 1800 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 217 | SPIRONOLACTONUM |  | 0.1g | 1500 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 218 | SPIRYTUS KAMFOROWY |  | 800.0 | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 219 | SPIRYTUS SALICYLOWY |  | 800.0 | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 220 | SPIRYTUS SALICYLOWY |  | 100g | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 221 | SULFACETAMIDUM NATR. |  | 10%0,5mlx 12 | 20 op. | 20 |  |  |  |  |
| 222 | SULFACETAMIDUM NATR. HEC |  | 10% 2x5ml | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 223 | SULFALAZINUM-EN |  | 500mg | 1000 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 224 | SULFOGAIACOLUM + CODEINI PHOSPHAS |  | 300 mg + 15 mg | 4000 tabl. | 400 |  |  |  |  |
| 225 | SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM |  | 480 mg | 1000 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 226 | SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM |  | 960 mg | 2000 tabl. | 200 |  |  |  |  |
| 227 | SZTUCZNE £ZY |  | Gtt 10ml | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 228 | TAMSULOSINI H/CHL |  | 0,4mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 229 | TELMISARTANUM |  | 40mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 230 | TELMISARTANUM |  | 80mg | 280 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 231 | THEOPHILINUM |  | 250mg | 300 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 232 | THEOPHYLLINUM |  | 200 mg | 900 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 233 | THEOPHYLLINUM |  | 300 mg | 2500 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 234 | THIAMAZOLUM |  | 5 mg | 300 tabl. | 6 |  |  |  |  |
| 235 | THIAMINUM H/CHL. |  | 25 mg | 4000 tabl. | 80 |  |  |  |  |
| 236 | TIETYLPERAZYNA |  | 6,5 mg | 500 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 237 | TIETYLPERAZYNA |  | 6,5 mg | 60 czop | 10 |  |  |  |  |
| 238 | TIETYLPERAZYNA |  | 6,5 mg/1ml | 50 amp | 10 |  |  |  |  |
| 239 | TIMONACICUM |  | 0.1 g | 2000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 240 | TOCOPHEROLI ACETAS |  | 0.2g | 150 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 241 | TOLPERISINI H/CH LIDOCAINI H/CH FORTE |  | 150mg | 450 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 242 | TORASEMIDUM |  | 5mg | 900 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 243 | TORASEMIDUM |  | 10mg | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 244 | TRAMADOLI H/CHL. |  | 50 mg | 1000 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 245 | TRAMADOLI H/CHL. |  | 100 mg | 900 tabl. | 30 |  |  |  |  |
| 246 | TRAMADOLI H/CHL. + PARACETAMOL |  | 75mg+650mg | 600 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 247 | TRAMODOLI HYDROCHLORICUM + PARACETAMOL |  | 37,5mg + 325mg | 3600 tabl | 60 |  |  |  |  |
| 248 | TRANXEAMIC ACID |  | 500 mg | 400 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 249 | TROPICAMIDUM |  | 1% 10 ml gtt opht 2 x 5ml | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 250 | VALSARTANUM |  | 160mg | 560 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 251 | VALSARTANUM + HYDROCHLOROTHIAZIDUM |  | 160mg + 25mg | 140 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 252 | VASELINUM ALBUM |  | 1000g | 5 op. | 5 |  |  |  |  |
| 253 | VERAPAMILUM H/CHL |  | 80mg | 1000 tabl. | 25 |  |  |  |  |
| 254 | VERAPAMILUM H/CHL. |  | 40mg | 1000 tabl. | 25 |  |  |  |  |
| 255 | VINPOCETINUM |  | 10mg | 450 tabl. | 5 |  |  |  |  |
| 256 | VINPOCETINUM |  | 5 mg | 750 tabl | 15 |  |  |  |  |
| 257 | VIT. B comp. |  |  | 2500 tabl. | 50 |  |  |  |  |
| 258 | WODA UTLENIONA 3% |  | 100g | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 259 | WODA UTLENIONA 3% |  | 1000g | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 260 | XYLOMETHASOLINUM H/CHL. |  | 0.1% 10 ml | 10 op. | 10 |  |  |  |  |
| 261 | ALVERINI CITRAS |  | 60mg | 200 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 262 | NEBIVOLUM |  | 5 mg | 7200 t | 25 |  |  |  |  |
| 263 | GABAPENTINUM |  | 100 mcg | 1000 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 264 | GABAPENTINUM |  | 300mcg | 2000 tabl. | 20 |  |  |  |  |
| 265 | COLECALCIFERLUM |  | 15000jm/1ml | 20 op. | 20 |  |  |  |  |
| 266 | THIMINI/PYRIDOXINI/CYANOCOBALANINUM |  | 100mg+200mg+0,20mg | 300 tabl. | 15 |  |  |  |  |
| 267 | WARFARYNA |  | 3 mg | 1000 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 268 | WARFARYNA |  | 5mg | 1000 tabl. | 10 |  |  |  |  |
| 269 | FORMALDEHYD |  | 10% a 1l | 1kg | 10 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

**UWAGA**

**\*\*\* przyrząd do mierzenia poziomu cukru w gratisie sztuk ok. 20.**

**Zamawiający dopuszcza zamianę postaci leku z tabl. na kaps., tabl. o przedłużonym działaniu na kapsułki o przedłużonym działaniu, fiolki na ampułki.**

Cena pakietu nr 16 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 17 - ANTYBIOTYKI** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | AMICACIN SULFAS |  | 500mg/2ml inj | 1 | 400 |  |  |  |  |
| 2 | AMICACIN SULFAS |  | 1g/4ml inj | 1 | 800 |  |  |  |  |
| 3 | AMICACINI SULFAS |  | 0,3%GTT | 1 | 4 |  |  |  |  |
| 4 | AMPHOTERICINI B |  | 0,1g inj | 10 | 5 |  |  |  |  |
| 5 | CEFACLOR MR |  | 0,5g | 10 | 5 |  |  |  |  |
| 6 | CEFADROKSYL |  | 0,5g | 12 | 5 |  |  |  |  |
| 7 | CEFEPIME |  | 1,0 amp | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 8 | CEFEPIME |  | 2,0 amp | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 9 | CEFTAZIDIMUM |  | 1,0g inj | 1 | 400 |  |  |  |  |
| 10 | CIPROFLOXACIN |  | 0,5g | 10 | 150 |  |  |  |  |
| 11 | CIPROFLOXACIN |  | 0,1/10 ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 12 | CIPROFLOXACIN |  | 0,2/20 ml | 10 | 200 |  |  |  |  |
| 13 | CLINDAMYCINUM |  | 0,15g | 16 | 10 |  |  |  |  |
| 14 | CLINDAMYCINUM |  | 0,3g | 16 | 80 |  |  |  |  |
| 15 | CLINDAMYCINUM |  | 0,3/2ml | 5 | 200 |  |  |  |  |
| 16 | CLOXACILLINUM |  | 1000mg | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 17 | CLOXACILLINUM |  | 500mg tab | 16 | 10 |  |  |  |  |
| 18 | GENTAMYCIN |  | 40 mg/1ml | 10 | 5 |  |  |  |  |
| 19 | GENTAMYCIN |  | 0,3% 5 ml GTT.OPHTH | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 20 | GENTAMYCIN |  | 80 mg/2 ml. | 10 | 50 |  |  |  |  |
| 21 | IMIPENEM/CILATATINUM |  | 500mg/500mg | 10 | 150 |  |  |  |  |
| 22 | LEVOFLOXACINUM |  | 500mg | 10 | 120 |  |  |  |  |
| 23 | LINEZOLID |  | 2mg/ml 300ml worek | 10 | 20 |  |  |  |  |
| 24 | LINEZOLID |  | 600mg tab | 10 | 8 |  |  |  |  |
| 25 | MEROPONEM |  | 0,5g | 10 | 70 |  |  |  |  |
| 26 | MEROPONEM |  | 1g | 10 | 70 |  |  |  |  |
| 27 | MOXIFLOXACINUM |  | 400mg | 10 | 70 |  |  |  |  |
| 28 | NORFLOXACIN |  | 0,4g | 20 | 15 |  |  |  |  |
| 29 | NYSTATYNUM |  | 100 000j.m vag | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 30 | NYSTATYNUM |  | 500 000j.m. | 16 | 20 |  |  |  |  |
| 31 | NYSTATYNUM SUSPP. |  | 100000j.m./ml 28 ml | 1 | 600 |  |  |  |  |
| 32 | OFLOXACINUM |  | 0,2G | 10 | 200 |  |  |  |  |
| 33 | PIPERACILLIN + TAZOBACTAM + EDTA |  | 4,5 INJ | 12 | 60 |  |  |  |  |
| 34 | RIFAXIMIN |  | 200mg | 28 | 40 |  |  |  |  |
| 35 | SPIRAMYCIN |  | 3000000 | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 36 | SULPERAZON |  | 1g | 1 | 150 |  |  |  |  |
| 37 | SULPERAZON |  | 2g | 1 | 200 |  |  |  |  |
| 38 | VANCOMYCIN |  | 500mg MIP | 5 | 100 |  |  |  |  |
| 39 | VANCOMYCIN |  | 1,0 INJ MIP | 5 | 350 |  |  |  |  |
| 40 | AMOXYCILLINUM |  | 1,0g | 20 | 50 |  |  |  |  |
| 41 | AMOXYCILLINUM+ACIDUM CLAVULANICUM |  | 1g | 14 | 20 |  |  |  |  |
| 42 | AMOXYCILLINUM + ACIDUM CLAVOLANICUM |  | 1,2g inj | 1 | 4000 |  |  |  |  |
| 43 | AMPICILLINUM |  | 1,0g inj | 1 | 400 |  |  |  |  |
| 44 | AMPICILLINUM + SULBACTAM |  | 750mg ( 500g + 250g) | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 45 | AMPICILLINUM + SULBACTAM |  | 1,5g ( 1g + 500mg) | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 46 | AMPICILLINUM + SULBACTAM |  | 3,0g ( 2g + 1g ) | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 47 | AZITHROMYCINUM |  | 500mg | 3 | 10 |  |  |  |  |
| 48 | CEFAZOLINUM |  | 1,0g amp | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 49 | CEFOTAXIMUM |  | 1,0g | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 50 | CEFUROXIMUM |  | 1,5g | 1 | 500 |  |  |  |  |
| 51 | CEFTRIAXONUM |  | 1,0g | 1 | 3000 |  |  |  |  |
| 52 | CEFTRAXONUM |  | 2,0g | 1 | 4000 |  |  |  |  |
| 53 | CLARITHROMYCIN |  | 500mg | 14 | 200 |  |  |  |  |
| 54 | CLARITHROMYCIN |  | R-r do inj. 20 ml 500mg | 10 | 30 |  |  |  |  |
| 55 | COLISTIMETHATUM NATRICUM |  | 1 000 000 j.m. | 20 | 60 |  |  |  |  |
| 56 | DOXYCYCLINUM |  | 100mg kaps | 10 | 50 |  |  |  |  |
| 57 | DOXYCYCLINUM HYCLAS |  | 20mg/ml inj | 10 | 20 |  |  |  |  |
| 58 | PENICILLINUM CRYSTALLISATUM |  | 1 000 000 j.m. | 1 | 800 |  |  |  |  |
| 59 | PENICILLINUM CRYSTALLISATUM |  | 5 000 000 j.m. | 1 | 850 |  |  |  |  |
| 60 | PENICILLINUM PROCAINICUM |  | 1 200 000 j.m. | 1 | 100 |  |  |  |  |
| 61 | PENICILLINUM PROCAINICUM |  | 2 400 000 j.m | 1 | 200 |  |  |  |  |
| 62 | RIFAMPICINUM |  | 150mg | 100 | 10 |  |  |  |  |
| 63 | RIFAMPICINUM |  | 300mg | 100 | 20 |  |  |  |  |
| 64 | RIFAMPICINUM + ISONIAZIDUM |  | 150mg | 100 | 100 |  |  |  |  |
| 65 | RIFAMPICINUM + ISONIAZIDUM |  | 300mg | 100 | 250 |  |  |  |  |
| 66 | STREPTOMYCINUM |  | 1,0ginj | 1 | 2500 |  |  |  |  |
| 67 | BENZATINE BENZYLOPENICILLINUM |  | 1200000 j.m. | 1 | 300 |  |  |  |  |
| 68 | LEVOFLOXACINUM |  | Inj. 0,5G/100ml | 10 | 100 |  |  |  |  |
| 69 | LEVOFLOXACINUM |  | Inj.0,5G/50 ml | 10 | 40 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |
|  | **UWAGA**  **Zamawiający wymaga pełnych wskazań terapeutycznych wraz z warunkami przechowywania dla wszystkich antybiotyków.** | | | | | | | | |

**Zamawiający dopuszcza zamianę postaci leku z tabl. na kaps., tabl. o przedłużonym działaniu na kapsułki o przedłużonym działaniu, fiolki   
 na ampułki.**

Cena pakietu nr 17 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 18 - INIEKCJE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | ACICLOVIRUM |  | 0.25g | 5 | 150 |  |  |  |  |
| 2 | ACICLOVIRUM |  | 0.5g | 10 | 60 |  |  |  |  |
| 3 | ACIDUM ASCORBICUM |  | 0.5/5 ml | 5 | 30 |  |  |  |  |
| 4 | ACIDUM FOLINiCUM |  | 10mg/ml fiol 10ml | 1 | 40 |  |  |  |  |
| 5 | ACIDUM TRANEXAMICUM |  | 0.5/5 ml | 5 | 180 |  |  |  |  |
| 6 | AMBROXOLUM |  | 15 mg/2 ml | 10 | 60 |  |  |  |  |
| 7 | AMIODARONUM |  | 50mg/ml | 5 | 15 |  |  |  |  |
| 8 | ANATOKSYNA TEZCOWA ADS. |  | 0,5ml | 1 | 50 |  |  |  |  |
| 9 | ANTAZOILNUM METH. |  | 100mg | 10 | 25 |  |  |  |  |
| 10 | AQUA PRO INJECTIONE |  | 10 ml | 100 | 45 |  |  |  |  |
| 11 | BENFOTHIAMINUM+PYROXIDINI H/CH+LIDOCAINI H/CH |  | 50mg+50mg+0,5mg | 5 | 15 |  |  |  |  |
| 12 | CALCIUM GLUCONOLACTOBIONICUM |  | 10%/10 ml | 50 | 2 |  |  |  |  |
| 13 | CO-TRIMOXASOLUM |  | 480 mg/5ml | 10 | 300 |  |  |  |  |
| 14 | CYANOCOBALAMINUM |  | 1000mcg/2ml | 5 | 10 |  |  |  |  |
| 15 | DALTEPARINUM NATRICUM |  | 7500jm/o,3ml | 10 | 3 |  |  |  |  |
| 16 | DALTEPARINUM NATRICUM |  | 10  000jm/ml | 10 | 1 |  |  |  |  |
| 17 | DALTEPARINUM NATRICUM |  | 5000jm/0,2ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 18 | DEXAMETHASONI |  | 4 mg/1 ml | 10 | 500 |  |  |  |  |
| 19 | DEXAMETHASONI |  | 8 mg/2 ml | 10 | 200 |  |  |  |  |
| 20 | DICLOFENAC NATRIUM |  | 75mg|3ml | 5 | 10 |  |  |  |  |
| 21 | DOBUTAMINUM |  | 0,25g | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 22 | DOPAMINUM H/CHL. |  | 4%/5 ml | 10 | 20 |  |  |  |  |
| 23 | DROTAVERINI H/CHL. |  | 40 mg/2 ml | 5 | 30 |  |  |  |  |
| 24 | ETAMSYLATUM |  | 0.25/2 ml | 50 | 50 |  |  |  |  |
| 25 | FENPIVERINI BR+METAMIZOLUM NATR+PITOFENONI H/CH |  | 0,02mg+500mg+2mg/ml | 10 | 2 |  |  |  |  |
| 26 | FERRI HYDROXYDATUM POLYSOMALTOSUM |  | 100 mg/2 ml x 50 amp. | 50 | 6 |  |  |  |  |
| 27 | FILGRASTIM |  | 60mln/ml | 5 | 40 |  |  |  |  |
| 28 | FLUCITAZINUM |  | 1% a 250ml | 5 | 130 |  |  |  |  |
| 29 | FUROSEMIDUM |  | 20 mg/2 ml | 50 | 80 |  |  |  |  |
| 30 | GALANTAMINI H/BR |  | 2,5mg/1ml x 10amp | 10 | 6 |  |  |  |  |
| 31 | GALANTAMINI H/BR |  | 5mg/1ml x 10amp | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 32 | GENSULIN M30 |  | 300j.m./3ml wk³ x 5 | 5 | 5 |  |  |  |  |
| 33 | GLUCOSUM |  | 20% 10ml | 10 | 1 |  |  |  |  |
| 34 | GLUCOSUM |  | 40% 10 ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 35 | HEPARINUM NATRIUM |  | 25 000 j.m./5 ml | 10 | 15 |  |  |  |  |
| 36 | HYDROCORTISONUM |  | 100 mg | 5 | 360 |  |  |  |  |
| 37 | IMMUNOGLOBULINUM TETANICUM |  | 250j.m./ml | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 38 | INS. HUMALOG |  | 300j.m./3ml wk³ x 5 | 5 | 4 |  |  |  |  |
| 39 | GENSULIN N |  | 100j.m./ ml - 10ml | 1 | 4 |  |  |  |  |
| 40 | INS. INSULATARD |  | 300j.m./3ml wk³ x 5 | 5 | 5 |  |  |  |  |
| 41 | INS.ACTRAPID PENFIL |  | 300j.m./3ml wk³ x 5 | 5 | 12 |  |  |  |  |
| 42 | GENSULIN R |  | 100j.m./ml – 10ml | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 43 | INS.HUMALOG MIX 25 |  | 300j.m./3ml wk³ x 5 | 5 | 1 |  |  |  |  |
| 44 | IPROTROPINUM+SAMBUTAMOL |  | R-r do neb.0,5mg+2,5mg/2,5ml | 20 amp | 120 |  |  |  |  |
| 45 | INS.HUMALOG MIX 50 |  | 300j.m/3ml wk³ x 5 | 5 | 1 |  |  |  |  |
| 46 | KALII CHLORIDE |  | 15%/20 ml | 10 | 100 |  |  |  |  |
| 47 | KETOPROFENUM |  | 0,1/2ml | 10 | 150 |  |  |  |  |
| 48 | LACTOBACILLUS RHAMNOSUS |  |  | 50 | 200 |  |  |  |  |
| 49 | LACTOBACILLUS RHAMNOSUS FORTE |  |  | 10 | 200 |  |  |  |  |
| 50 | LIGNOCAINUM H/CHL. |  | 1% 20 ml | 5 | 40 |  |  |  |  |
| 51 | LIGNOCAINUM H/CHL. |  | 2%/2 ml | 10 | 20 |  |  |  |  |
| 52 | LIGNOCAINUM H/CHL. |  | 2% 20 ml | 5 | 150 |  |  |  |  |
| 53 | MAGNESIUM SULFURICUM |  | 20%/10 ml | 10 | 60 |  |  |  |  |
| 54 | METOPROLOLI |  | 1MG/1ML | 5 | 20 |  |  |  |  |
| 55 | METAMIZOLUM NATRIUM |  | 1.0/2 ml | 5 | 180 |  |  |  |  |
| 56 | METAMIZOLUM NATRIUM |  | 2.5/5 ml | 5 | 80 |  |  |  |  |
| 57 | METHYLPREDNISOLONUM ACETAS |  | 40mg/1ml | 1 | 5 |  |  |  |  |
| 58 | METOCLOPRAMIDUM |  | 0.5%/2 ml | 5 | 250 |  |  |  |  |
| 59 | METRONIDAZOLUM |  | 0.5% 100 ml | 1 | 800 |  |  |  |  |
| 60 | NATRIUM BICARBONICUM |  | 8.4%/20 ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 61 | NATRIUM CHLORATUM (PLASTIC) |  | 0.9%/10ml a 100szt | 100 | 50 |  |  |  |  |
| 62 | NATRIUM CHLORATUM (PLASTIC) |  | 10%/10ml a 100szt | 100 | 15 |  |  |  |  |
| 63 | OMEPRAZOLUM |  | 40mg inj. | 1 | 400 |  |  |  |  |
| 64 | ORNITHINI ASPARTAS |  | 0.5/5 ml | 10 | 100 |  |  |  |  |
| 65 | ORNITHINI ASPARTAS |  | 3000 granulat | 30 | 60 |  |  |  |  |
| 66 | PAPAVERINUM H/CHL. |  | 0.04/2 ml | 10 | 20 |  |  |  |  |
| 67 | PIRACETAM Inj. 20% |  | 3g/15ml | 4 | 30 |  |  |  |  |
| 68 | PENTOXYFYLLINUM |  | 300mg/15ml koncentrat | 10 | 4 |  |  |  |  |
| 69 | PHYTOMENADIONUM |  | 10 mg/1 ml | 10 | 150 |  |  |  |  |
| 70 | PREDNISOLONU HEMISUCCINATE |  | 25mg/2ml | 3 | 200 |  |  |  |  |
| 71 | PREDNISOLONUM HEMISUCCINATE |  | 50mg/2ml | 3 | 20 |  |  |  |  |
| 72 | PODOPHYLLOTOXINUM |  | 5mg/ml | 1x3,5ml | 10 |  |  |  |  |
| 73 | RAITIDINUM |  | 0,05% r-r iva 100ml | 1 | 30 |  |  |  |  |
| 74 | SALBUTAMOL |  | 0,5 mg/1 ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| 75 | SZCZEPIONKA P/WZW TYP „B” TYPU EUVAX B |  | 20 mcg/1 ml | 1 | 35 |  |  |  |  |
| 76 | TERLIPRESSINUM |  | 1mg/8,5 ml x 5 amp | 5 | 5 |  |  |  |  |
| 77 | THEOPHILLINUM |  | 250ml 300mg teofil+13,5g gluc. | 1 | 2000 |  |  |  |  |
| 78 | THEOSPIREX |  | 20mg/ml | 5 | 20 |  |  |  |  |
| 79 | TRAMADOLI H/CHL. |  | 0.05/1 ml | 5 | 30 |  |  |  |  |
| 80 | TRAMADOLI H/CHL. |  | 0.1/2 ml | 5 | 100 |  |  |  |  |
| 81 | TROMBINA |  | 400 j. subst. sucha | 5 | 50 |  |  |  |  |
| 82 | TUBERKULIN PPD RT 23 |  | 1,5 ml | 10 | 35 |  |  |  |  |
| 83 | PARACETAMOLUM |  | 0,56/50 ML | 10 | 60 |  |  |  |  |
| 84 | EPANUTIN PARENTERAL |  | 0,25 g/5 ml | 5 | 10 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UWAGA: Zamawiający wymaga wraz z insulinami w postaci wkładów, dostarczenia w cenie leku igieł do penów w ilości jedna igła do jednego wkładu.** |

**Zamawiający dopuszcza zamianę postaci leku z tabl. na kaps., tabl. o przedłużonym działaniu na kapsułki o przedłużonym działaniu, fiolki   
 na ampułki.**

Cena pakietu nr 18 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 19 - LEKI PRZECIWZAKRZEPOWE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | NATRII VALPROAS + ACIDUM VALPROICUM |  | 300 | 30 | 200 |  |  |  |  |
| 2 | NATRII VALPROAS + ACIDUM VALPROICUM |  | 500 | 30 | 400 |  |  |  |  |
| 3 | ENOXAPARINUM NATR. |  | 40mg/0,4ml | 10 | 300 |  |  |  |  |
| 4 | ENOXAPARINUM NATR. |  | 60mg/0,6ml | 10 | 250 |  |  |  |  |
| 5 | ENOXAPARINUM NATR. |  | 80mg/0,8ml | 10 | 40 |  |  |  |  |
| 6 | ENOXAPARINUM NATR. |  | 100mg/1ml | 10 | 10 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 19 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 20 - AKYNZEO** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | NETUPILAN+  PALONOSETRON |  | 300mg+0,5 mg kapsułki twarde | 1 | 200 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 20 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 21 LEKI P/WIRUSOWE - GANCYCLOVIR** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | GANCYCLOVIR |  | 0,5g/amp | 1 | 250 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 21 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 22 - SUBOXONE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | BUPRENORFINA/NALOXON |  | 2mg/0,5mg | 7 | 3500 |  |  |  |  |
| 2 | BUPRENORFINA/NALOXON |  | 8mg/2mg | 7 | 1750 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 22 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 23 - NEULASTA** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | PEGFILGRASTIM |  | 20mg/1ml a 0,6ml | 1 | 80 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uwaga**  **Wymagane potwierdzenia działania z badań klinicznych.**  Cena pakietu nr 23 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto  (słownie.................................................................................................................................................................................................................)  .............................................................................  Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 24 CYTOSTATYKI – TOPOTEKAN** | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | | Dawka/postać | | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | TOPOTEKAN |  | | Inj. 1 MG/ML | | 1 | 200 |  |  |  |  |
| 2 | TOPOTEKAN |  | | Inj. 2 MG/ML | | 1 | 20 |  |  |  |  |
| 3 | TOPOTEKAN |  | | Inj. 4 MG/ML | | 1 | 10 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **UWAGA:**  **Zamawiający wymaga dostarczenia preparatów cytostatycznych w formie płynnej**  Cena pakietu nr 24 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto  (słownie.................................................................................................................................................................................................................)  .............................................................................  Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy  ARKUSZ CENOWY | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 25 CYTOSTATYKI – DOCETAXEL** | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | | Dawka/postać | | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 | | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | DOCETAXEL |  | | Inj. 20MG/ML | | 1 | 25 | |  |  |  |  |
| 2 | DOCETAXEL |  | | Inj.0,08/4ml | | 1 | 10 | |  |  |  |  |
| 3 | DOCETAXEL |  | | Inj. 0,16/8ml | | 1 | 25 | |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | **UWAGA**  **Zamawiający wymaga dostarczenia preparatów cytostatycznych w formie płynnej** | | | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 25 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 26 - RISPERIDON** | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | | Dawka/postać | | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | 5 | 6 | | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | RISPERIDONUM  proszek i rozpuszcz. do sporz. zaw. domięsniowy o przedł. działaniu |  | | 50 mg | | 1 | 35 | |  |  |  |  |
| 2 | RISPERIDONUM  proszek i rozpuszcz. do  sporz. zaw .domięsniowy o przedł. działaniu |  | | 37,5 mg | | 1 | 10 | |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | Cena pakietu nr 26 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto  (słownie.................................................................................................................................................................................................................)  .............................................................................  Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 27 - BUTELKI APTECZNE JAŁOWE** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | BUTELKA APTECZNA STERYLNA |  | 100 ML | 1 | 200 |  |  |  |  |
| 2 | BUTELKA APTECZNA STERYLNA |  | 200ML | 1 | 100 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 27 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 28 - HEPA MERZ** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 62 | ORNITHINI ASPARTAS |  | 5G/10ML | 10 | 350 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 28.............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET 29 - RETROWIRUSY** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | RYTONAWIR |  | 100 | 30 | 100 |  |  |  |  |
| 1 | DARUNAVIRUM |  | 800 | 30 | 100 |  |  |  |  |
| 1 | EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL |  | 200/245 | 30 | 100 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 29 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET 30 - XEPLION** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | PALIPERIDIN PALMITATE |  | 100 mg | 1 | 10 |  |  |  |  |
| 2 | PALIPERIDIN PALMITATE |  | 150 mg | 1 | 20 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 30 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 31 - PEMETREXED** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | PEMETREXED |  | INJ 100mg | 1 | 200 |  |  |  |  |
| 2 | PEMETREXED |  | INJ 500mg | 1 | 70 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 31 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 32 - AMPHOTERICIN** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | AMPHOTERICIN B |  | 0,05 g inj | 1 | 250 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 32 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 33 WZW C LEKI BEZINTERFERONOWE - ZEPATIER** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | ELBASWIR/GRAZOPREWIR |  | 50 mg/100 mg | 28 | 120 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 33 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 34 WZW C LEKI BEZINTERFERONOWE - MAVIRET** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | GLEKAPREWIR/PIBRENTASVIR |  | 100mg/40 mg | 84 | 120 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 34 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 35 WZW C LEKI BEZINTERFERONOWE - EPCLUSA** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | SOBOSBUWIR/WELPATASWIR |  | 400mg/100 mg | 28 | 30 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 35 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 36 WZW B - LAMIVUDYNA** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | LAMIVUDYNA |  | 100mg | 28 | 400 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 36 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 37 WZW B - TENOFOVIR** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | TENOFOVIR DISOPROXILUM |  | 245 mg | 30 | 750 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 37 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 38 WZW B - ENTEKAVIR** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | ENTEKAVIR |  | 0,5 | 30 | 1250 |  |  |  |  |
| 2 | ENTEKAVIR |  | 1 | 30 | 550 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 38 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARKUSZ CENOWY**  **PAKIET NR 39 WZW B - HEPSERA** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | ADEFOWIRU DIPIWOKSYLU |  | 10 mg | 30 | 50 |  |  |  |  |

Cena pakietu nr 39 .............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARKUSZ CENOWY  **PAKIET NR 40 WZW B - PEGASYS** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa chemiczna | Nazwa handlowa | Dawka/postać | Ilość sztuk w opakowaniu | Ilość opakowań | Cena opakowania netto w zł | Wartość netto w zł | VAT % | Wartość brutto w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8=6x7 | 9 | 10=8+9 |
| 1 | INTERFERON PEGYLOWANY typu alfa 2a |  | 90 mcg ampułko-strzykawka | 1 | 15 |  |  |  |  |
| 2 | INTERFERON PEGYLOWANY typu alfa 2a |  | 135 mcg ampułko-strzykawka | 1 | 75 |  |  |  |  |
| 3 | INTERFERON PEGYLOWANY typu alfa 2a |  | 180 mcg ampułko strzykawka | 1 | 200 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |  |

Cena pakietu nr 40.............................................................zł netto + ............................... zł VAT = .....................................................zł brutto

(słownie.................................................................................................................................................................................................................)

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy