

Formularz cenowy - zadanie nr 2

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę / Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	VANCOMYCINUM	Vancomycin Polpharma 1000mg prosz.10f//IR	5903060624764	lioofilizat lub proszek do sporządzania roztworu do podania dożylnego i do sporządzania roztworu doustnego	1 g	1 fiol.	18 000	1 800,00	97,95 zł	176 310,00 zł	8%	190 414,80 zł	105,79 zł
2	VANCOMYCINUM	Vancomycin Polpharma 500mg prosz.10f//IR	5903060624757	lioofilizat lub proszek do sporządzania roztworu do podania dożylnego i do sporządzania roztworu doustnego	500 mg	1 fiol.	4 150	415,00	69,11 zł	28 680,65 zł	8%	30 975,10 zł	74,64 zł
Razem - Cena oferty										204 999,65		221 400,90	

Formularz cenowy - zadanie nr 4

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	FIBRINOGENUM HUMANUM+TROMBINUM HUMANUM	Tachosil gąbka leczn.4,8cm x 4,8cm x2szt	5909990008964	matryca z klejem do tkanek	4,8 x 4,8 x 0,5 cm	2 gąbki	320	320,00	1 726,69 zł	552 540,80 zł	8%	596 744,06 zł	1 864,83 zł
2	FIBRINOGENUM HUMANUM+TROMBINUM HUMANUM	Tachosil gąbka leczn. 3cm x 2,5cm x1szt	5909990008971	matryca z klejem do tkanek	2,5 x 3,0 x 0,5 cm	1 gąbka	250	250,00	609,42 zł	152 355,00 zł	8%	164 543,40 zł	658,17 zł
3	FIBRINOGENUM HUMANUM+TROMBINUM HUMANUM	Tachosil gąbka leczn.9,5cm x 4,8cm x1szt	5909990008957	matryca z klejem do tkanek	9,5 x 4,8 x 0,5 cm	1 gąbka	530	530,00	1 523,55 zł	807 481,50 zł	8%	872 080,02 zł	1 645,43 zł
4	FIBRINOGENUM HUMANUM+TROMBINUM HUMANUM	Tachosil gąbka zrolowana 4,8cm x 4,8cm 1	5909991195779	matryca z klejem do tkanek	4,8 cm x 4,8 cm	1 gąbka zrolowana	120	120,00	914,13 zł	109 695,60 zł	8%	118 471,25 zł	987,26 zł
Razem - Cena oferty										1 622 081,90		1 751 849,73	

Formularz cenowy - zadanie nr 8

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	CIPROFLOXACINUM	Cipronex 2mg/ml rozt.d/inf. 100ml x 40fl	5909991423919	roztw. do infuzji	200mg /100ml	20szt	320	160,00	114,75 zł	18 360,00 zł	8%	19 828,80 zł	123,93 zł
2	CIPROFLOXACINUM	Cipronex 2mg/ml rozt.d/inf. 200ml x 20fl	5909991423902	roztw. do infuzji	400mg /200ml	20 szt	610	610,00	73,73 zł	44 975,30 zł	8%	48 573,32 zł	79,63 zł
Razem - Cena oferty										63 344,30		68 413,12	

Formularz cenowy - zadanie nr 9

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS	Dexamethasone Kalceks 4mg/1ml rozl.10amp	4750341008031	Roztwór do wstrzykiwań	4 mg/1 ml	10 amp.	4 000	4 000,00	9,36 zł	37 440,00 zł	8%	40 435,20 zł	10,11 zł
2	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS	Dexamethasone Kalceks 8mg/2ml rozl.10amp	4750341008079	Roztwór do wstrzykiwań	8 mg/2 ml	10 amp.	5 000	5 000,00	10,40 zł	52 000,00 zł	8%	56 160,00 zł	11,23 zł
Razem - Cena oferty										89 449,00		96 606,20	

Formularz cenowy - zadanie nr 10

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	BUPIVACAINUM HYDROCHLORIDUM	Bupivacaine WZF Spinal0,5%Heavy 4mlx5amp	5909990634491	Roztwór do wstrzykiwań	0,02g/4ml Spinal 0.5% Heavy	5 amp.	1 000	1 000,00	19,59 zł	19 590,00 zł	8%	21 157,20 zł	21,16 zł
Razem - Cena oferty										19 599,00		21 168,20	

Formularz cenowy - zadanie nr 11

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę / Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus 7a	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*) 8	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*) 10	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7 12
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	CEFTRIAXONUM	Biotrakson inj. 1g x 1 fiolka	5909990079612	Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji	1 g	1 fiol.	24 000	24 000,00	2,16 zł	51 840,00 zł	8%	55 987,20 zł	2,33 zł
2	CEFTRIAXONUM	Biotrakson inj. 2g x 1 fiolka	5909991010119	Proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji	2 g	1 fiol.	28 000	28 000,00	3,52 zł	98 560,00 zł	8%	106 444,80 zł	3,80 zł
Razem - Cena oferty										150 409,00		162 443,00	

Formularz cenowy - zadanie nr 12

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę / Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	CLARITHROMYCINUM	Clarithromycin Adamed 500mg prosz. 1fiol	5909991427801	Proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji	500 mg	1fiol.	1 200	1 200,00	30,90 zł	37 080,00 zł	8%	40 046,40 zł	33,37 zł
Razem - Cena oferty										37 089,00		40 057,40	

Formularz cenowy 14

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę / Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	GADOBUTROLUM	Gadovist 1,0 (604,72mg/ml) 15ml 1fiol.	5909990899135	roztw.do wstrz.doż.	604,72 mg/ml a 15 ml	1 fiolka	1 350	1 350,00	195,78 zł	264 303,00 zł	8%	285 447,24 zł	211,44 zł
2	GADOBUTROLUM	Gadovist 1,0 (604,72mg/ml) 7,5ml 1fiol.	5909990899111	roztw.do wstrz.doż.	604,72 mg/ml a 7,5 ml	1 fiolka	1 350	1 350,00	108,68 zł	146 718,00 zł	8%	158 455,44 zł	117,37 zł
3	IOPROMIDUM	Ultravist 370 inj.200ml x 1	5909990227105	roztw.do wstrz.doż.	370 mg/ml a 200 ml	1 flakon	220	220,00	160,68 zł	35 349,60 zł	8%	38 177,57 zł	173,53 zł
Razem - Cena oferty										446 379,60		482 091,25	

Formularz cenowy - zadanie nr 15

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na asortyment w innych opakowaniach jednostkowych. Obowiązują wtedy Wykonawcę przeliczenia ilości preparatu do wartości sumarycznej wymaganej przez Zamawiającego w zaokrągleniu do pełnego opakowania w górę /Wykonawca jest zobowiązany zmodyfikować zapisy kolumny nr 6 i 7/.
4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: **1 dzień roboczy** od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: (*) zamówienia.szpitalny@salusint.com.pl
5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych (*) reklamacje@salusint.com.pl
6. Zamawiający wymaga dostawy do Apteki Szpitalnej - loco Magazyn Główny Apteki
- (*) - WYPEŁNIA WYKONAWCA

I.p	Przedmiot zamówienia	Nazwa handlowa wraz z kodem EAN (*)		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	Ilość opakowań wg nazwy handlowej Salus	Cena jednostkowa za opakowanie netto wg nazwy handlowej Salus (*)	Wartość netto 9 = 7a x 8	Stawka podatku VAT % (*)	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	7a	8	9	10	11	12
1	OMEPRAZOLUM	Opral 40mg/fiolkę prosz. d/sp.rozt.10fiol	5909991517984	Proszek do sporządzania roztworu do infuzji	40 mg	1 fiol.	11 000	1 100,00	32,98 zł	36 278,00 zł	8%	39 180,24 zł	35,62 zł
Razem - Cena oferty										36 287,00		39 191,24	