

Formularz cenowy / przedmiot zamówienia										
Zadanie Nr 10										
L.p.	Nazwa towaru		Ilość szac.	Cena jedn.netto	Cena jedn.brutto	VAT %	Wartość brutto	Producent	Nazwa handlowa	Op. jednostka miary dostarczana (oferowana)
1	ADDAMEL N	INJ. 1 [x20 AMP. 10 ML]	40							
2	AMANTIX	INJ. 0,2 G/500 ML [x1 FLAK.]	200							
3	AMINOMIX 1 NOVUM	INJ. 1500 ml [x1 WOREK 1,5 L]	2							
4	AMINOMIX 1 NOVUM	INJ. 1000 ml [x1 WORKÓW 1 L]	2							
5	CERNEVIT	INJ. złożony [x10 FIOL.]	63							
6	CIPROFLOXACIN 100 MG/50 ML [x1 WOREK]	INJ. 0,1 G/50 ML	4							
7	DEKSTRAN 40000 10%	INJ. 10% [x250 ML SZKŁO]	10							
8	EKSTRA-SPIKE PLUS NIEB. [x400 szt]	PRZYRZĄD x1 szt	1							
9	GLUCOSUM 10% MEDIPUR Z KAPSLEM]	INJ. 10% [x500 ML POLIETYLEN]	20							
10	GLUCOSUM 5%	INJ. 5% [x250 ml POLIETYLEN]	100							
11	GLUCOSUM 5%	INJ. 5% [x500 ML POLIETYLEN]	100							
12	GLYCOPHOS	INJ. 4,32 G/20 ML [x10 FIOL.]	42							
13	HAES-STERIL 10%	INJ. 10% [x500 ML POLIETYLEN]	10							
14	KABIVEN	INJ. prep.złożony [x1,54 L = 790 ML + 450 ML + 300 ML]	2							

15	KABIVEN INJ. prep.złożony [x1,026 L = 526 ML + 300 ML + 200 ML]	20							
16	KABIVEN INJ. prep.złożony [x2,053 L = 1,053 L + 600 ML + 400 ML]	2							
17	KABIVEN PERIPHER INJ.prep.złożony [x1,44 L = 885 ML + 300 ML + 255 ML]	730							
18	KABIVEN PERIPHER.INJ.prep.złożony [x1,92 L = 1,18 L + 400 ML + 340 ML]	120							
19	MANNITOL 20% INJ. 20% [x100 ML]	300							
20	MANNITOL 20% INJ. 20% [x250 ML]	100							
21	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x100 ML POLIETYLEN]	100							
22	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x250 ML POLIETYLEN]	100							
23	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x500 ML POLIETYLEN]	100							
24	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 3 L PŁYN 0,9% [x3 L]	10							
25	PŁYN FIZ.WIELOEL.IZOT. INJ. prep.złoż. [x250 ML POLIETYLEN Z KAPSLEM]	600							
26	PŁYN FIZ.WIELOEL.IZOT. INJ. prep.złoż. [x500 ML POLIETYLEN Z KAPSLEM]	200							
27	PŁYN NAWAD.INTERWEN.HIPOTON. INJ. 500 ml [x500 ML POLIETYLEN]	110							
28	PŁYN PEDIATRYCZNY WYRÓWNAWCZY INJ.prep.złożony [x250 ML POLIETYLEN]	50							
29	SMOFKABIVEN PERIPHERAL,1206 ml	70							
30	SMOFKABIVEN, 1477 ml	70							

31	SMOFKABIVEN, 493 ml	100								
32	SMOFKABIVEN, 986 ml	100								
33	SOLUTIO RINGERI INJ. prep.złoż. [x500 ML POLIETYLEN Z KAPSLEM]	20								
34	SOLUVIT N INJ. prep.złożony [x10 FIOL.]	2								
35	VITALIPID N ADULT INJ. prep.złożony [x10 AMP. 10 ML]	2								
36	VOLUVEN INJ. 0,06g+9mg/ml [x500 ML POLIETYLEN]	10								
37	WODA DO WSTRZYKIWAŃ INJ. 100 ML [x100 ML POLIETYLEN]	400								
38	WODA DO WSTRZYKIWAŃ INJ. 500 ML [x500 ML POLIETYLEN]	10								
					<b>RAZEM</b>					

Razem słownie : .....  
..... złotych brutto

.....  
Podpis oferenta