

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]	30							
2	AMANTIX INJ. 0,2 G/500 ML [x1 FLAK.]	130							
3	AMINOMIX 1 NOVUM INJ. 1500 ml [x1 WOREK 1,5 L]	2							
4	AMINOMIX 1 NOVUM INJ. 1000 ml [x1 WOREK 1 L]	2							
5	CERNEVIT INJ. złożony [x10 FIOŁ.]	10							
6	CEFTAZIDIME KABI INJ. 1 G [x 10 FIOŁ]	45							
7	FLUCONAZOLE KABI INJ. 0,2 G/100 ML [x 1 BUT]	220							
8	CIPROFLOXACIN KABI 100 MG/50 ML INJ. 0,1 G/50 ML [x1 WOREK]	100							
9	DEKSTRAN 40000 10% INJ. 10% [x250 ML SZKŁO]	10							
10	EKSTRA-SPIKE PLUS NIEB. PRZYRZĄD x1 szt[x400 szt]	1							
11	GLUCOSUM 10% INJ. 10% [x500ML POLIET KABIPACK]	20							
12	GLUCOSUM 5% INJ. 5% [x250 ml POLIET]	100							
13	GLUCOSUM 5% INJ. 5% [x500 ML POLIET]	100							
14	GLYCOPHOS INJ. 4,32 G/20 ML [x10 FIOŁ.]	30							

15	HAES-STERIL 10% INJ. 10% [x500 ML POLIETYLEN]	50							
16	KABIVEN INJ. prep.złożony [x1,54 L = 790 ML + 450 ML + 300 ML]	50							
17	KABIVEN INJ. prep.złożony [x1,026 L = 526 ML + 300 ML + 200 ML]	50							
18	KABIVEN INJ. prep.złożony [x2,053 L = 1,053 L + 600 ML + 400 ML]	4							
19	KABIVEN PERIPHER INJ.prep.złożony [x1,44 L = 885 ML + 300 ML + 255 ML]	90							
20	KABIVEN PERIPHER.INJ.prep.złożony [x1,92 L = 1,18 L + 400 ML + 340 ML]	60							
21	MANNITOL 20% INJ. 20% [x100 ML]	140							
22	MANNITOL 20% INJ. 20% [x250 ML]	50							
23	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x100 ML POLIETYLEN]	100							
24	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x250 ML POLIETYLEN]	100							
25	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x500 ML POLIET.	100							
26	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 3 L PŁYN 0,9% [x3 L]	10							
27	PŁYN FIZ.WIELOEL.IZOT. INJ. prep.złoż. [x250 ML POLIETYLEN KABIPAC]	400							
28	PŁYN FIZ.WIELOEL.IZOT. INJ. prep.złoż. [x500 ML POLIETYLEN KABIPAC]	100							
29	PŁYN NAWAD.INTERWEN.HIPOTON. INJ. 500 ml [x500 ML POLIETYLEN]	260							

30	PŁYN PEDIATRYCZNY WYRÓWNAWCZY INJ.prep.złożony [x250 ML POLIET]	30							
31	SMOFKABIVEN PERIPHERAL,1206 ml	10							
32	SMOFKABIVEN, 1477 ml	10							
33	SMOFKABIVEN, 493 ml	10							
34	SMOFKABIVEN, 986 ml	10							
35	SOLUTIO RINGERI INJ. prep.złoż. [x500 ML POLIETYLEN KABIPAC]	20							
36	SOLUVIT N INJ. prep.złożony [x10 FIOL.]	2							
37	VITALIPID N ADULT INJ. prep.złożony [x10 AMP.10 ML]	2							
38	VOLUVEN INJ. 0,06g+9mg/ml [x500 ML POLIET]	200							
39	WODA DO WSTRZYKIWAŃ INJ. 100 ML [x100ML POLIET]	1 000							
40	WODA DO WSTRZYKIWAŃ INJ. 500 ML [x500 ML POLIET]	10							

RAZEM

Razem słownie :
..... złotych brutto

.....
Podpis oferenta