

Formularz cenowy										
Zadanie Nr 12										
Lp	Nazwa towaru	Ilość szac.	Cena jedn.netto	Wartość netto	Cena jedn.brutto	VAT %	Wartość brutto	Producent	Nazwa handlowa	Op. jednostka miary dostarczana (oferowana)
1	ADDAMEL N INJ. [x20 AMP. 10 ML]	50								
2	AMINOMIX 1 NOVUM INJ. 1500 ml [x1 WOREK 1,5 L]	1								
3	AMINOMIX 1 NOVUM INJ. 1000 ml [x1 WOREK 1 L]	1								
4	CEFEPIME KABI INJ. 1 G [x10 FIOL.]	1								
5	CEFEPIME KABI INJ. 2 G [x10 FIOL.]	1								
6	CEFTAZIDIME KABI INJ. 1 G [x 10 FIOL]	70								
7	CEFTAZIDIME KABI INJ. 2 G [x 10 FIOL]	10								
8	CIPROFLOXACIN KABI 100 MG/50 ML INJ. 0,1 G/50 ML [x1 BUT]	350								
9	CIPROFLOXACIN KABI 200 MG/100 ML INJ. 0,2 G/100 ML [x1 BUT]	2000								
10	CIPROFLOXACIN KABI 400 MG/200 ML INJ. 0,4 G/200 ML [x1 BUT]	300								
11	CISATRACURIUM KABI INJ 0,005 G/2,5 ML [x 5 AMP]	2								
12	CISATRACURIUM KABI INJ 0,010 G/5 ML [x 5 AMP]	2								
13	CLINDAMYCIN KABI INJ. 0,3 G/2 ML [x5 AMP.]	20								
14	CLINDAMYCIN KABI INJ. 0,6 G/4 ML [x5 AMP.]	2								
15	DEKSTRAN 40000 10% INJ. 10% [x250 ML SZKŁO]	20								
16	FLUCONAZOLE KABI INJ. 0,2 G/100 ML [x 1 BUT]	210								
17	FLUMAZENIL INJ. 0,0001 G/5 ML [x5 AMP.]	2								
18	FUROSEMIDE KABI INJ. 0,02 G/2 ML x 5 AMP.	20								
19	FUROSEMIDE KABI INJ. 0,02 G/2 ML x 50 AMP.	200								
20	GLUCOSUM 10% INJ. 10% [x500ML KABICLEAR]	20								
21	GLUCOSUM 5% INJ. 5% [x250 ml KABICLEAR]	20								

22	GLUCOSUM 5% INJ. 5% [x500 ML KABICLEAR]	20								
23	GLYCOPHOS INJ. 4,32 G/20 ML [x10 FIOL.]	60								
24	IMIPENEM/CILASTATIN KABI INJ. 0,5G + 0,5G [x10 FIOL.]	60								
25	KABIVEN INJ. prep.złożony [x1,54 L = 790 ML + 450 ML + 300 ML]	30								
26	KABIVEN INJ. prep.złożony [x1,026 L = 526 ML + 300 ML + 200 ML]	4								
27	KABIVEN INJ. prep.złożony [x2,053 L = 1,053 L + 600 ML + 400 ML]	30								
28	KABIVEN PERIPHER INJ.prep.złożony [x1,44 L = 885 ML + 300 ML + 255 ML]	220								
29	KABIVEN PERIPHER.INJ.prep.złożony [x1,92 L = 1,18 L + 400 ML + 340 ML]	2								
30	KALIUM CHLORATUM 15% INJ. 15%/10 ML [x20 AMP.]	150								
31	KALIUM CHLORATUM 15% INJ. 15%/20 ML [x20 FIOL.]	70								
32	LEVOFLOXACIN KABI INJ 0,5G/100ML [x 10 BUT]	25								
33	LINEZOLID KABI INJ. 0,6 G/300 ML [x10 WOR.]	10								
34	MANNITOL 20% INJ. 20% [x100 ML]	300								
35	MANNITOL 20% INJ. 20% [x250 ML]	90								
36	MEROPENEM KABI INJ. 0,5 G [x10 FIOL.]	15								
37	MEROPENEM KABI INJ. 1 G [x10 FIOL.]	30								
38	METRONIDAZOL 0,5% KABIPAC NJ. 0,5%/100 ML x1 FLAK.	1200								
39	NATRII CHLORATI 0,9% INJ. 0,9%/10 ML[x50 AMP.]	100								
40	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x100 ML KABI CLEAR]	100								
41	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x250 ML KABI CLEAR]	100								
42	NATRIUM CHLORATUM 0,9% INJ. 0,9% [x500 ML KABI CLEAR]	100								
43	ONDANSETRON KABI INJ. 0,004 G/2 ML [x5 AMP.]	20								
44	OPTILYTE INJ. prep.złoż. [x250 ML KABICLEAR]	700								
45	OPTILYTE INJ. prep.złoż. [x500 ML KABICLEAR]	50								

46	PARACETAMOL KABI INJ 1G/100ML [x1 FIOŁ]	1000								
47	PIPERACILLIN/TAZOBACTAM 4G+0,5G [x10 FIOŁ]	30								
48	PŁYN RINGERA Z MLECZANAMI INJ. prep.złoż. [x500 ML KABICLEAR]	20								
49	PROPOFOL 1% MCT/LCT 50 ML [x 1 FIOŁ]	10								
50	PROPOFOL 2% MCT/LCT 50 ML [x 1 FIOŁ]	100								
51	PROPOFOL 1% MCT/LCT 20ML [x 5 AMP]	80								
52	ROCURONIUM KABI INJ. 0.050 G/5ML [x 10 FIOŁ]	1								
53	ROCURONIUM KABI INJ. 0.100 G/10ML [x 10 FIOŁ]	1								
54	SMOFKABIVEN PERIPHERAL,1206 ml	2								
55	SMOFKABIVEN, 1477 ml	2								
56	SMOFKABIVEN, 493 ml	2								
57	SMOFKABIVEN, 986 ml	2								
58	SOLUVIT N INJ. prep.złożony [x10 FIOŁ.]	2								
59	VANCOMYCIN KABI INJ. 0,5 G [x1 FIOŁ]	300								
60	VANCOMYCIN KABI INJ. 1 G [x1 FIOŁ]	200								
61	VERSYLENE NACL 0,9% INJ. 0,9% [x1000 ML BUT.ZAK]	20								
62	VERSYLENE NACL 0,9% INJ. 0,9% [x500 ML BUT.ZAK]	20								
63	VERSYLENE WODA STERYLNA [x500 ML BUT.ZAK]	200								
64	VITALIPID N ADULT INJ. prep.złoż. [x10 AMP.10 ML]	2								
65	VOLUVEN INJ. [x500 ML KABIPAC]	90								
66	VOLUVEN 10% INJ. [x500 ML KABIPAC]	30								
67	WODA DO WSTRZYKIWAŃ INJ. 100 ML [x100ML KABICLEAR]	4400								
68	WODA DO WSTRZYKIWAŃ INJ. 500 ML[x500 ML POL.]	10								
			Razem netto:		Razem brutto:					

Razem słownie :
..... złotych brutto

.....
Podpis oferenta