Załącznik nr 5

**Pakiet nr 1. System do utrzymania drożności dostępów naczyniowych.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **Podatek VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent i numer katalogowy** |
| 1. | Strzykawka o pojemności 10 ml do przepłukiwania z izotonicznym roztworem 0,9% NaCl,  gotowa do użycia  bez konieczności odblokowywania tłoka,  jałowa, sterylna wewnątrz i na zewnątrz, pakowana w opakowaniu umożliwiającym jego otwarcie w sposób ograniczający generowanie  zanieczyszczeń mechanicznych, bez zawartości celulozy, z wyraźnie zaznaczonym  miejscem otwierania – szerokość listka do otwierania min. 0,8 cm, umożliwiającym  otwarcie po linii zgrzewu, bez konieczności rozdzierania, klasa IIb lub III. Okres ważności min. 24 m-ce . Oznaczenie o zgodności z USP na cylindrze. | 100 szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw Praxiflow 46,7%,w składzie: strzykawka do przepłukiwania Praxiject 10ml i strzykawka CitraFlow z roztworem cytrynianu 46,7% (3 ml w strzykawce 5 ml), opakowanie 75 szt. | 75 szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | Łącznik bezigłowy kompatybilny z końcówką luer i luer lock, posiadający przeźroczystą obudowę oraz silikonową membranę split septum z gładką powierzchnią do dezynfekcji,. Dostosowany do użytku z krwią, tłuszczami, alkoholami, chlorheksydyną, oraz lekami chemioterapeutycznymi. Prosty tor przepływu, min. 100 ml/min, przestrzeń martwa max. 0,1ml. Wnętrze zaworu pozbawione części mechanicznych i metalowych., ciśnienie neutralne. Zawór z dodatkową wewnętrzną dwukierunkową membraną silikonową, kompensującą ciśnienie refluksu, zapobiegająca okluzji. Sterylny, jednorazowy, pakowany pojedynczo, na każdym opakowaniu nadruk nr serii, daty ważności i nr. katalogowego. Okres ważności min. 12 m-cy od daty dostawy. Nie zawiera DEHP i lateksu. Wejście donaczyniowe zabezpieczone protektorem. Do oferty należy dołączyć badania in vitro potwierdzające najmniejszy transfer bakterii do światła cewnika w porównaniu do innych rozwiązań. Do stosowania przez 11 dni. | 100 szt. |  |  |  |  |  |
| **.Razem** | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykonawca oświadcza, że zaoferowany przez niego asortyment posiada wymagane deklaracje zgodności CE, normy, ulotki informacyjne, karty katalogowe, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych (jeżeli jest wymagany) i udostępni je na każde żądanie Zamawiającego. | | | | | | | | | | |
|
| Zamawiający w celu weryfikacji zaoferowanego asortymentu z wymaganiami SIWZ zastrzega sobie możliwość wezwania Zamawiającego do złożenia | | | | | | | | | | | |
| próbek z poszczególnych pozycji na każdym etapie postępowania przetargowego. | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |
| Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie) ………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | |
| Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)……………………………………………………………………………………………………………………………….  Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | | | | |  | |  | |

**Pakiet nr 2. Materiały eksploatacyjne do urządzenia Multifiltrate.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wyrobu** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek**  **%** | **Wartość brutto** | **Nazwa Producenta** | **Numer katalogowy** |
| 1. | Zestaw do ciągłej, wysokoobjętościowej żylno – żylnej hemofiltracji Ci-Ca kasety CVVHD | 20 kaset |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Worki na filtrat 10 l z zaworem spustowym | 20 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Igły plastikowe typu Spike o długości 72 mm 1 opakowanie | 1 opakowanie |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Cewniki dwukanałowe silikonowe dializacyjne:  średnica 11,5 F x 15 cm  średnica 13,5 F x 15 cm | 10 sztuk  6 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Zestaw do plazmaferezy | 4 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Rozdzielacz 2 x 4 | 5 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Zestaw do hemodializy cytrynianowej z hemofiltrem o pow. 1,8 m2 - MultiFiltrate SecuKit CiCa HD 1000 | 20 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Cytrynian sodu 4% (136 mmol/l) SecuNect, worek 1500 ml (opakowanie zbiorcze – 8 worków a'1500 ml) | 320 worków |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Dwuwodny chlorek wapnia o składzie: Ca ++100 mmol/L; Cl-200 mmol/L – Calrecia. Worek 1500 ml (opakowanie zbiorcze – 8 worków a'1500 ml) | 80 worków |  |  |  |  |  |  |
| Razem | | | |  |  |  |  |  |

**Wymagana jest pełna kompatybilność oferowanego sprzętu jednorazowego z aparatem Multifiltrate posiadanym przez Zamawiającego.**

Zamawiający w celu weryfikacji zaoferowanego asortymentu z wymaganiami SIWZ zastrzega sobie możliwość wezwania Zamawiającego do złożenia

próbek z poszczególnych pozycji na każdym etapie postępowania przetargowego.

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Pakiet nr** **3. Nimbex**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku | Jedn. opak. | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Podatek  % | Wartość brutto | Producent i numer katalog. |  |
| 1. | Nimbex 5 mg x 5 amp. | opak. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Nimbex 10 mg x 5 amp. | opak. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem | | | |  |  |  |  |

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet nr 4. Leki** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jednostka opakowania** | **Nazwa handlowa** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Podatek VAT w %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Apidra 100 j.m./ml, 5wkł. x 3 ml solostar | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 2. | Insuman Comb 25 solostar | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 3. | Insuman basal solostar 300iu/3ml,pl | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 4. | Insuman Rapid solostar, 300iu/3ml | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 5. | Lantus 100j.m./ml 5wkł.x3ml solostar | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 6. | Clopidogrel 75 mg x 28 tabl. | opak. |  | 30 |  |  |  |  |
| 8. | Plavix 300mg x 30 tabl. powl. | opak. |  | 1 |  |  |  |  |
| 9. | Cordarone 0,15 g / 3 ml \* 6 amp | opak. |  | 150 |  |  |  |  |
| 10. | Depakine 400mg/4ml x 1amp. | opak. |  | 5 |  |  |  |  |
| 11. | Clexane 20 mg/0.2 ml x 10 amp.strzyk. | amp/strzyk |  | 120 |  |  |  |  |
| 12. | Clexane 40 mg/0.4ml x 10 amp.strzyk. | amp/strzyk |  | 1300 |  |  |  |  |
| 13. | Clexane 60mg/0.6ml x 10 amp.strzyk. | amp/strzyk |  | 500 |  |  |  |  |
| 14. | Clexane 80mg/0.8ml x 10 amp.strzyk. | amp/strzyk |  | 130 |  |  |  |  |
| 15. | Clexane forte 120mg x10 amp.strzyk. | amp/strzyk |  | 5 |  |  |  |  |
| 16. | Amaryl 2mg , 2x15 tabl | opak. |  | 5 |  |  |  |  |
| 17. | Amaryl 4mg, 2x15 tabl | opak. |  | 5 |  |  |  |  |
| 18. | Depakine Chrono 500 x 30 tabl. PL | opak. |  | 5 |  |  |  |  |
| 19. | Depakine Chrono 300 x 30 tabl. PL | opak. |  | 10 |  |  |  |  |
| 20. | Tritace 2,5 mg x 28 tabl. | opak. |  | 5 |  |  |  |  |
| 21. | Tritace 5 mg x 28 tabl. | opak. |  | 5 |  |  |  |  |
| 22. | Tritace 10 mg x 28 tabl. | opak. |  | 5 |  |  |  |  |
| 23. | Delmuno 5-5mg,bl2x14 tabl | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 24. | Toujeo 300 j.m/ml 10 wstrzyk. x 1.5 ml | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 25. | Targocid 200 mg 1fiol.+1 amp rozp. | opak. |  | 10 |  |  |  |  |
| 26. | Targocid 400 mg 1fiol.+1 amp rozp. | opak. |  | 20 |  |  |  |  |
| 27. | Insulina Aspart 300 jednostek/3 ml, roztwór do wstrzykiwań, 10 wstrzykiwaczy Solostar | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| 28. | Insulina Lispro 300 jednostek/3 ml, roztwór do wstrzykiwań, 10 wstrzykiwaczy Solostar (insulin lisprum) | opak. |  | 2 |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wartość oferty brutto słownie: | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| miejscowość i data | |  |  |  | ……………………………………….. | | |  |
|  |  |  |  |  | podpis i pieczęć Oferenta | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet nr 5. Leki** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jednostka opakowania** | **Nazwa handlowa** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Podatek VAT w %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Clindamycin 600 mg x 5 amp. | op. |  | 220 |  |  |  |  |
| 2. | Lactulosum 9,75 mg/15 ml 1000 ml | op. |  | 35 |  |  |  |  |
| 3. | Vancomycin 1g x 5 fiolek proszek do sporządzania roztworu do infuzji i roztworu doustnego | op |  | 220 |  |  |  |  |
| 4. | Clindamycin 300 mg x 16 tbl. | op. |  | 10 |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wartość oferty brutto słownie: | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zamawiający zastrzega zakup mniejszych ilości leków niż podane w załączniku nr 2 do SIWZ. | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| miejscowość i data | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Pakiet nr** **6. Tracrium**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek**  **%** | **Wartość brutto** | **Producent i numer katalog.** |  |
| 1. | Tracrium 25 mg x 5 amp. | opak. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem | | | |  |  |  |  |

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy