Załącznik nr 5. Formularz asortymentowo-cenowy.

**Zadanie nr** **1. Płyny do ciągłych terapii nerkozastępczych.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wyrobu** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | 4% cytrynian sodu w workach 1000 ml x 1 worek. | 500  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dializat Ci-Ca K2 i K4 w dwukomorowych workach 5,0 l, pakowany po 2 worki. | 1200worków |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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

Zamawiający zastrzega zakup mniejszych ilości niż podane w pakiecie.

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)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **2. Nimbex**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Nimbex 5 mg x 5 amp. | opak. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Nimbex 10 mg x 5 amp. | opak. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **3. Mivacron**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Mivacron 0,02g/10 ml x 5 amp. | opak. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **4. Tracrium**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Tracrium 50 mg x 5 amp. | opak. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Tracrium 25 mg x 5 amp. | opak. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **5. Rocuronium.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Rocuronium 0,05 g/5 ml x 10 fiolek | opak. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr 6. Zakup suprane wraz z dzierżawą parownika.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis  | Ilość w opak. handlowym / czas trwania dzierżawy | Cena jedn. netto  | VAT | Cena jedn. brutto | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | Suprane, 6 butelek z aluminium pokrytych od wewnątrz żywicą epoksyfenolową o pojemności 240 ml | 20 but. |  |  |  |  |  |
| 2. | Miesięczna dzierżawa parownika Suprane (okres dzierżawy 12 miesięcy) | 12 miesięcy |  |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany \

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………Wartość netto: ……………. zł, słownie: ………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |

................................................................. .................................................................

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej