

.....
pieczęć firmowa wykonawcy

data.....

Formularz oferty

Nazwa i adres oferenta

tel..... fax..... e-mail.....

W nawiązaniu do ogłoszenia o postępowaniu o zamówienie publiczne w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę leków i szczepionek następującą ofertę:

Część I.

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Dawka	Wielkość opakowania	Cena brutto za opakow. jednostk.określone w rubryce 4.	Planowana wielkość zakupu	Wartość brutto
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-
1.	Szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	Dla dorosłych	1 fiol.		500szt	Podać nazwę preparatu (dotyczy szczepionki)
					RAZEM:	
Część II						
1	Arcalen maść		30g		20op.	
2	2% Argosulfan krem		40g		15 op	
4	1% Atropinum sulf.	Krople oczne	5ml		15 op	
5	Alantan P	Maść	20g		30 op	
6	Atropinum sulfur.	0.001g/1ml	10amp		25 op	
7	Atropinum sulfur.	0.5mg/1ml	10amp.		25 op	
8	0.5% Alcaine krople do oczu		15ml		50 op	
9	APAP	500mg	50tabl		50 op	

10	Agua pro inject.	10ml	100amp.		40 op	
11	Adrenalina inj.	1mg/1ml	10amp.		30 op	
12	Amiodaroni hydrochloridum	50mg/ml	5 amp		20 op	
13	Baneocin maść		20g		5 op	
14	Berotec N 100aer.	100mcg/10ml	200dawek		10op	
15	Betadin krople do oczu		2x5ml		5op	
16	Betaloc	1ml	5 amp		20op	
17	12.5% Cyklonamina	2ml	5amp.		2op	
18	Captopril	25ml	30tabl-		35op	
19	Captopril	12.5mg	30tabl		30op	
20	Carbo medicinalis		20tabl		35op	
21	Cardiol C krople		40g		15op	
22	Clonazepam amp.	0.001g/1ml	10 amp.		20op	
23	Chlorek etylu aerosol		70g-		35op	
24	0.1% Cortineff maść do oczu		3g		10op	
25	10% Calcium inj.	10ml	10amp.		10op	
26	Calcium syrop		150g		25op	
27	Corneregel żel do oczu		10g		35op	
28	Corhydron	100mg	5amp.+ rozp.		80op	
29	Dermazin krem		50g		30op	
30	Diazepam Rec Tubes		10mg		5op	
31	0.1% Sol.Difadol opthalm.				20op	
32	Dexadent maść	5 g			10op	
33	2% Detreomycyna maść		5g		40op	
34	Dicortineff zawiesina do oczu		10ml-		20op	
35	Dexapocort N aerosol		30ml		10op	
36	4%Dopaminum hydrochloricum	5ml	10amp.		20op	
37	Furosemid	0.02g/2ml	50amp.		4 op	
38	40% Formaldehyd		1litr		3 op	
39	0.3% Floksal maść do oczu		3g		35op	
40	0.3% Floxal krople do oczu		5ml		15op	
41	Flucon krople oczne		5ml		10op	

42	Gelita tampon /gąbka homeostatyczna wchłanialna		50szt		5op
43	0.3% Gentamycin krople do oczu		5ml		10op
44	0.3% Gentamycin maść do oczu		3g		30op
45	5% Glukoza inj		500ml plastik		60op
46	5% Glukoza inj		250 ml plastik		40op
47	5% Glukoza inj.		100 ml plastik		20op
48	40% Glukoza inj.	10ml	10 amp.		40op
49	20% Glukoza	10ml	10amp		30op
50	Hydroxyzyna syrop	250ml	250ml		40op
51	Hydroxyzyna	0.1g/2ml	5 amp.		25 op
52	6% Hydroxyethylamylum -Hyper Hes	Masa cząst. 200/0.5	250.0ml		30 op
53	Ibuprom	200mg	50 tabl.		60 op
54	Ketonal	100mg/2ml	10 amp.		20op
55	Krople miętowe		35g		30op
56	Krople żołądkowe		35g		60op
57	0.1% Latocort CH maść		15g		5op
58	2% Lignocainum h/ch	2ml	10amp.		200op
59	2% lignocainum cum Noradr.	2ml	10amp.		300op
60	2%Lignocainum A żel		30g		5op
61	2% lignocainumU żel		30g		60op
62	10% Lidocain aerosol		38g(650 daewk)		20op
63	Lorinden N krem		15g		5op
64	Lorinden CH krem		15g		5op
65	Manitol	200mg/ml	250.ml		25op
66	0.5 % Metoclopramidum inj.	2ml	5 amp.		30op
67	Milocardin krople		15g		6op
68	Nervosol		100g		15op
69	10% Neo-Synerphine krople do oczu	5ml			25op
70	0.4% Novesin krople do oczu		10ml		20op
71	Naloxonum hydrochloricum	0.4mg/ml	10amop.		20op
72	Nitrogliceryna tabl. podjęzykowe	0.5mg	20tabl.		20op
73	8,4% Natrium Bicarbificum	20ml	10amp		15op

74	0.5% Neomycynum maść do oczu		3g		50op	
75	Nitromint aerosol	10g	180dawek		20op	
76	Neospasmina syrop	150g	150g		30op	
77	No-Spa	0.04g	20tabl		80op	
78	No-Spa	0.04g/2ml	5 amp.		40op	
79	Neomycyna aerosol		55ml		20op	
80	0,9% NaCl ampułki	10ml	100szt		20op	
81	0,9% NaCl ampułki	5ml	100szt		20op	
82	0.9% NaCl		500ml plastik		150szt	
83	0.9% NaCl		100ml plastik		30szt	
84	Oxycort aerosol		55ml		25op	
85	3% Oxycort maść	10g			10op	
86	Papawerynum	0.04/2ml	10amp.		40op	
87	Phenazolinum inj.	0,1g/2ml	10amp		50op	
88	Propranolol	0.04g	50tabl		5op	
89	Pyralgina		6 tabl		50op	
90	Pyralgina	2,5g/5ml	5amp.		60op	
91	Pyralgina	1g/2ml	5amp.		30op	
92	Polopiryna S	0.3g	10tabl.		30op	
93	2% Pilocarpina krople do oczu		2x5ml		10op	
94	Płyn Ringera		250ml plastik		50op	
95	Płyn Wieloelektrolitowy	500ml	500ml		30op	
96	Panthenol aerosol	130g	130g		10op	
97	Sachol żel stomatologiczny				5op	
98	Salbutamol sulfas	0.5mg/ml	10 amp		20op	
99	10% Sulfacetamidum HEC		2x5ml		10op	
100	10% Sulfacetamidum minims		12szt.		60op	
101	Solcoseryl dental		5g		5op	
102	Tramal	0.1g/2ml	5 amp.		15op	
103	1% Tropicamid krople oczne		2x5ml		100op	
104	0.5% Tropicamid krople oczne		2x5ml		50op	
105	Trombina 400j		5 amp + rozp.		10op	
106	Triderm maść		15g		5op	
107	Theospirex	20mg/ml	5 amp		10 op	

108	Vitacon	0.01g/1ml	10amp.		5op	
109	Vitaminum A krople		10ml		25op	
110	Vitaminum E		10ml		25op	
111	Vidasic żel		10g		15op	
112	Vagothyl płyn		50g		10op	
113	Ventolin aerosol	0.1mg	200dawek		30op	
114	Relanium	10mg/2ml	5amp		12op	
					RAZEM	

Część III - dostawa -tuberkuliny RT23

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Dawka	Wielkość opakowania	Cena brutto za opakowanie jesnostkowe	Planowana wielkość zakupu	Wartość brutto zamówienia
1.	Tuberculina PPD RT23 szczepionka	1,5ml/fiolka	10 fiol.		4 op.	
						RAZEM :

Wartość zamówienia brutto (suma za część I,II ,III) wynosizł słownie

.....

.....W
tym% Vat

- 1 . Zamawiający **nie dopuszcza** możliwości składania ofert częściowych . Formularz oferty musi być wypełniony dokładnie w każdej pozycji . Brak wypełnienia wszystkich pozycji skutkować będzie odrzuceniem oferty.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń .
3. Oświadczamy ,że dostarczane produkty będą odpowiadały wymaganiom dla wyrobów medycznych określonym w ustawie z dnia 20.05.2010 (Dz.U 107.poz.679), posiadają deklarację zgodności CE, spełniają normy EN
4. Gwarantujemy ,że okres ważności dostarczanych produktów będzie wynosił
5. Oświadczam, że nie należę do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz 331 z póź, zm.) o której mowa w art. 24 ust 2 pkt 5 ustawy Pzp.

W przypadku, gdy Wykonawca **NALEŻY** do grupy kapitałowej należy skreślić pkt 5 oraz wypełnić listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej (załącznik nr 4 do SIWZ)

Termin wykonania usług od 2.I.2014 do 31.XII.2014.

Termin płatności.....dni od daty otrzymania faktury Vat.

Załącznikami do formularza oferty są :

-
-
-
-
-

Oferta zawieraponumerowanych i spiętych stron

pieczętka i podpis osoby upoważnionej

