**Załącznik nr 1**

**do SIWZ**

**Formularz asortymentowo-cenowy**

#### Grupa 1a - Płyny infuzyjne i płyny do irygacji.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Asortyment** | **ATC** | **Zapotrze-bowanie**  **(szt.)** | **Cena jedn.**  **netto**  **(zł)** | **Wartość netto (zł)** | **%**  **podatku**  **VAT** | **Wartość brutto (zł)** |
|  | Aqua pro inj. 500 ml butelka z dwoma portami | V07AB | 2.400 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 5% 250 ml butelka z dwoma portami | B05BA03 | 990 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 5% 500 ml butelka z dwoma portami | B05BA03 | 8.500 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 10% 500 ml butelka z dwoma portami | B05BA03 | 4.800 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 20% 500 ml butelka z dwoma i portami | B05BA03 | 240 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 100 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 39.000 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 250 ml butelka z 2 portami | B05BB05 | 20.000 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 500 ml butelka z 2 portami | B05BB02 | 19.500 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 1000 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 60 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 250 ml Ecolav butelka |  | 1.100 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 500 ml do przepłukiwania butelki Ecolav |  | 4.300 |  |  |  |  |
|  | Płyn Solutio Ringeri 500 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 5.000 |  |  |  |  |
|  | Gelaspan 4% 500 ml butelka | B05AA | 1.340 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

1. **Cena brutto oferty** (słownie): …………………………………………………………………….…………………
2. **Termin płatności** **................. dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury (wymóg Zamawiającego – najdłuższy termin płatności 60 dni).
3. **Dostawa towaru** nastąpi w ciągu **................... dni roboczych** od daty otrzymania zamówienia (wymóg Zamawiającego – dostawa w terminie maksymalnie 5 dni roboczych).

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

(podpis i pieczątka wykonawcy)

**Grupa 1b – Płyny infuzyjne i płyny do irygacji.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Asortyment** | **ATC** | **Zapotrze-bowanie**  **(szt.)** | **Cena jedn.**  **netto**  **(zł)** | **Wartość netto (zł)** | **% podatku**  **VAT** | **Wartość brutto (zł)** |
|  | Voluven 10% 500 ml butelka z 2 portami | B05AA07 | 30 |  |  |  |  |
|  | Inj. Glucosi 5% et natrii chlorati 0,9% 1:1 ă 500 ml butelka stojąca z 2 portami | B05BB02 | 160 |  |  |  |  |
|  | Inj. Glucosi 5% et natrii chlorati 0,9% 2:1 ă 500 ml butelka stojąca z 2 portami | B05BB02 | 700 |  |  |  |  |
|  | Inj. Glucosi 5% et natrii chlorati 0,9% 2:1 ă 250 ml butelka stojąca z 2 portami | B05BB02 | 1.300 |  |  |  |  |
|  | Optilyte 500 ml butelka stojąca z 2 portami | B05BB01 | 21.000 |  |  |  |  |
|  | Optilyte 250 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 800 |  |  |  |  |
|  | Voluven 6% 500 ml | B05AA07 | 80 |  |  |  |  |
|  | Mannitol 20% 100 ml (butelka szklana, worek) | B05BC01 | 2.300 |  |  |  |  |
|  | Benelyte butelka z 2 portami 100 ml | B05BB02 | 400 |  |  |  |  |
|  | Benelyte butelka z 2 portami 250 ml | B05BB02 | 3.600 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

1. **Cena brutto oferty** (słownie): …………………………………………………………………….…………………
2. **Termin płatności** **................. dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury (wymóg Zamawiającego – najdłuższy termin płatności 60 dni).
3. **Dostawa towaru** nastąpi w ciągu **................... dni roboczych** od daty otrzymania zamówienia (wymóg Zamawiającego – dostawa w terminie maksymalnie 5 dni roboczych).

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

(podpis i pieczątka wykonawcy)

**Grupa 1c – Płyny infuzyjne i płyny do irygacji.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Asortyment** | **ATC** | **Zapotrze-bowanie**  **(szt.)** | **Cena jedn.**  **netto**  **(zł)** | **Wartość netto (zł)** | **% podatku**  **VAT** | **Wartość brutto (zł)** |
|  | Dekstran 40 000 10% 250 ml | B05AA05 | 120 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% (op. 3 l, worek) płyn do irygacji | B05BB01 | 240 |  |  |  |  |
|  | Mannitol 15% 100 ml (butelka szklana, worek) | B05BC | 20 |  |  |  |  |
|  | 1,5% Roztwór Glicyny (op. 3 l, worek) płyn do irygacji | B05CH | 176 |  |  |  |  |
|  | Solutio Ringeri Lactate 500 ml z 2 portami | B05BB01 | 1.900 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

1. **Cena brutto oferty** (słownie): …………………………………………………………………….…………………
2. **Termin płatności** **................. dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury (wymóg Zamawiającego – najdłuższy termin płatności 60 dni).
3. **Dostawa towaru** nastąpi w ciągu **................... dni roboczych** od daty otrzymania zamówienia (wymóg Zamawiającego – dostawa w terminie maksymalnie 5 dni roboczych).

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

(podpis i pieczątka wykonawcy)

**Grupa 2 - Płyny do żywienia pozajelitowego i dodatki do płynów infuzyjnych.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Asortyment** | **ATC** | **Zapotrze-bowanie** | **Cena jedn.**  **netto**  **(zł)** | **Wartość netto (zł)** | **% podatku**  **VAT** | **Wartość brutto (zł)** |
|  | Addiphos 20ml **x 10 fiol** | B05XA | **40 op.** |  |  |  |  |
|  | Addamel N 10ml **x 20 amp** | B05XX | **22 op.** |  |  |  |  |
|  | Cernevit **x 10 fiol** | B05XC | **40 op.** |  |  |  |  |
|  | Kabiven 3-komorowy 2053 ml ă 1900 kcal | B05BA | **296 szt.** |  |  |  |  |
|  | Kabiven peripheral 1440 ml ă 1000 kcal | B05BA10 | **400 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

1. **Cena brutto oferty** (słownie): …………………………………………………………………….…………………
2. **Termin płatności** **................. dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury (wymóg Zamawiającego – najdłuższy termin płatności 60 dni).
3. **Dostawa towaru** nastąpi w ciągu **................... dni roboczych** od daty otrzymania zamówienia (wymóg Zamawiającego – dostawa w terminie maksymalnie 5 dni roboczych).

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

(podpis i pieczątka wykonawcy)

**Grupa 3 – Zestaw dla potrzeb terapii nerkozastępczych.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Asortyment** | **Zapotrze-bowanie** | **Cena jedn.**  **netto**  **(zł)** | **Wartość netto (zł)** | **%**  **podatku**  **VAT** | **Wartość brutto (zł)** |
|  | **Dializat Ci-Ca K2 lub K4**  Wodorowęglanowy dializat (wyrób medyczny) o składzie:   * potas 2 lub 4 mmol/l (w zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego), * sód 133 mmol/l, * wapń 0 mmol/l (bezwapniowy) * wodorowęglan 20 mmol/l   **w dwukomorowych workach 5,0 l** | **268 szt.** |  |  |  |  |
|  | **Zestawy do ciągłej hemodializy z regionalną antykoagulacją cytrynianową**  składające się z jałowych, pakowanych osobno następujących elementów:   * zmodyfikowanej kasety integrującej 5 drenów: tętniczy, żylny, filtratu, cytrynianu (z końcówką Safe Lock), roztworu wapnia (z igłą "spike" z napowietrzaniem); * hemofiltra z polisulfonową błoną półprzepuszczalną o pow. dyfuzyjnej 1,8 m2; * drenu dializatu. | **10 szt.** |  |  |  |  |
|  | **4% Cytrynian sodu w workach 1500 ml** | **56 szt.** |  |  |  |  |
|  | **Dwukanałowe silikonowe cewniki dializacyjne o średnicy 11,5/13,5 Fr**,z zabezpieczeniem przed infuzją powietrza w kanale żylnym, o długościach: 15 cm, 20 cm, 24 cm (rozmiar w zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego)**w zestawach** | **14 szt.** |  |  |  |  |
|  | **Worki na filtrat 10 l z zaworem spustowym** | **12 szt.** |  |  |  |  |
|  | **Rozdzielacz 2/4** umożliwiający podłączenie 4 worków płynu do hemofiltracji z drenem substytutu/dializatu. | **12 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

1. **Cena brutto oferty** (słownie): …………………………………………………………………….…………………
2. **Termin płatności** **................. dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury (wymóg Zamawiającego – najdłuższy termin płatności 60 dni).
3. **Dostawa towaru** nastąpi w ciągu **................... dni roboczych** od daty otrzymania zamówienia (wymóg Zamawiającego – dostawa w terminie maksymalnie 5 dni roboczych).

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

(podpis i pieczątka wykonawcy)