*Załącznik nr 3 do SWZ*

**…………………………………….. ……………………..…**

(nazwa i adres Wykonawcy) (miejscowość i data)

**……………………………………..**

(województwo)

**……………………………………..**

(numer faksu/telefonu)

**……………………………………..**

(NIP, REGON)

**……………………………………..**

(adres strony internetowej)

**……………………………………..**

(e – mail)

*WZÓR*

**OFERTA**

**W zakresie części nr 1**

**32 Wojskowy Oddział Gospodarczy   
w Zamościu, 22-400 Zamość**

**ul. Wojska Polskiego 2F**

1. Odpowiadając na ogłoszenie opublikowane w Biuletynie Zamówień Publicznych   
   w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym pod nazwą: **Dostawa produktów leczniczych, jednorazowych materiałów medycznych   
   i opatrunkowych, oraz środków ochronnych do odstraszania kleszczy, komarów   
   i meszek dla jednostek będących na zaopatrzeniu 32 WOG Zamość w zakresie 3 części; nr sprawy ZP/TP/18/2025.**
2. **Oferujemy** wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie **CZĘŚCI NR 1: Dostawa produktów leczniczych dla jednostek będących na zaopatrzeniu 32 WOG Zamość,** zgodnie z wymaganiami określonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ); szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia oraz wzorem umowy.
3. **ZA CENĘ RYCZAŁTOWĄ OGÓŁEM:**

**Cena ogółem NETTO: ……….……….......zł**

**(słownie: ………………………………………………………..….………..00/100 złotych),**

**w tym podatek VAT ….. %**

**Cena ogółem BRUTTO: ……….…………….zł**

**(słownie:………………………………………………………..….………..00/100 złotych),**

**zgodnie z: Formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do oferty.**

1. **Oświadczamy, że powyższa cena** uwzględnia całość zakresu zamówienia, wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia oraz warunkami stawianymi przez Zamawiającego, w tym:

- koszty dostaw i rozładunku w magazynie Zamawiającego w miejscu dostawy,

- koszty opakowań bezzwrotnych towaru stanowiącego przedmiot zamówienia,

- podatek VAT według przepisów obowiązujących na dzień składania ofert.

1. **Zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu umowy** **w terminie:**

* rozpoczęcie: od dnia podpisania umowy
* zakończenie: do 14 dni kalendarzowych od daty podpisania umowy

1. **Wskazuję, że następujące dokumenty, spośród wymienionych w Rozdziale XII SWZ są w dyspozycji Zamawiającego:**

-……………………………………………

-……………………………………………

w następującym miejscu…………………

(wskazać miejsce)

1. Oświadczam, że:

* wykonam zamówienie własnymi siłami\*
* zamierzam powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa podwykonawcy** | **Siedziba podwykonawcy** | **NIP podwykonawcy** |
|  |  |  |

**którym zamierzamy powierzyć wykonanie następującej części zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawca** | **Wyszczególnienie** |
|  |  |

W przypadku niewypełnienia tego punktu w całości, bądź niewymienienia części, które zostaną powierzone podwykonawcom, Zamawiający uzna, że Wykonawca wykona zamówienie samodzielnie.

1. Informuję, że wybór przedmiotowej oferty **będzie\*/nie będzie\*** prowadzić do

powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

Jeżeli taki obowiązek powstanie u Zamawiającego informuję, iż dotyczy on:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru | Wartość bez kwoty podatku |
| 1 |  |  |
| … |  |  |

1. **Warunki płatności** – **przelew w terminie 30 dni** od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury VAT wraz z dokumentami rozliczeniowymi.
2. **Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia**, **w tym ze wzorem Umowy** i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres określony zapisami specyfikacji - zgodnie z zapisami Rozdziału XV SWZ.
4. Oświadczamy, że jesteśmy (rodzaj Wykonawcy)[[1]](#footnote-1)

* mikroprzedsiębiorstwo;
* małe przedsiębiorstwo;
* średnie przedsiębiorstwo;
* jednoosobowa działalność gospodarcza;
* osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej;
* inny rodzaj;

1. **W przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy**o treści zgodnej ze wzorem umowy stanowiącym załącznik do SWZ, **w miejscu, terminie i na zasadach wskazanych przez Zamawiającego.**
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*\*
3. Wykaz oświadczeń i dokumentów dołączonych do oferty:

…………………………………………………

………………………………………………… itd.

**\*niepotrzebne skreślić**

**\*\*zaznaczyć "x” - em właściwy kwadrat**

\*\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

\*\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)

DOKUMENT WINIEN BYĆ ZŁOŻONY W FORMIE ELEKTRONICZNEJ OPATRZONY KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB W POSTACI ELEKTRONICZNEJ OPATRZONEJ ELEKTRONICZNYM PODPISEM ZAUFANYM LUB ELEKTRONICZNYM PODPISEM OSOBISTYM PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY.

**FORMULARZ CENOWY W ZAKRESIE CZĘŚCI I** załącznik nr 1 do oferty

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część I- Dostawa produktów leczniczych dla jednostek będących na zaopatrzeniu 32 WOG Zamość** | | | | | | | | | |  |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Minimalny termin ważności wymagany od dnia odbioru przez Zamawiającego** | **Nazwa handlowa oferowanego produktu** | **JM** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka Vat (%)** | **Wartość brutto** | **Data ważności produktu** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 | *Acetylcysteinum 600 mg, tabl. musujące* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **148** |  | zł - |  | zł - |  |
| 2 | *Dextromethorphanum15 mg ,tabl.* ***(20 szt.****)* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **125** |  | zł - |  | zł - |  |
| 3 | *Aluminii acetotartras 10 mg/g, żel* ***75 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **141** |  | zł - |  | zł - |  |
| 4 | *Acidum acetylsalicylicum 300 mg, tab.* ***(10 szt.****)* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **81** |  | zł - |  | zł - |  |
| 5 | *Magnesii hydroaspartas+ Kalii hydroaspartas,tabl.* ***(50 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **44** |  | zł - |  | zł - |  |
| 6 | *Acidum acetylsalicylicum+ Acidum ascorbicum tabl. musujące* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **135** |  | zł - |  | zł - |  |
| 7 | *Carbo medicinalis, 300 mg, tabl.* ***( 20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **148** |  | zł - |  | zł - |  |
| 8 | *Captoprilum 12,5 mg, tabl.* ***(30 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **32** |  | zł - |  | zł - |  |
| 9 | *Chlorquinaldolum2 mg, tabl.* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **116** |  | zł - |  | zł - |  |
| 10 | *Cholini salicylan 150 mg, pastylki* ***(24 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **130** |  | zł - |  | zł - |  |
| 11 | *Clotrimazolum 0,01 g/g, krem* ***20 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **46** |  | zł - |  | zł - |  |
| 12 | *Pantoprazolum 20 mg, tabl. dojelitowe* ***(14 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **43** |  | zł - |  | zł - |  |
| 13 | *Diclofenacum 20 mg/g,* ***50 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **140** |  | zł - |  | zł - |  |
| 14 | *Dimetindenum1 mg/g, żel* ***30 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **113** |  | zł - |  | zł - |  |
| 15 | *Bromhexinum 8 mg, tabl.* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **104** |  | zł - |  | zł - |  |
| 16 | *Furazidinum0,05 g, tabl.* ***(30 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **79** |  | zł - |  | zł - |  |
| 17 | *Paracetamolum w połączeniach (bez psycholeptyków) ,tabl.* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **250** |  | zł - |  | zł - |  |
| 18 | *Omeprazolum10 mg, kaps.* ***(28 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **36** |  | zł - |  | zł - |  |
| 19 | *Ibuprofenum+ pseudoephedrini hydrochloridum* ***(12 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **235** |  | zł - |  | zł - |  |
| 20 | *Sztuczny lód w areozolu* ***400ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **108** |  | zł - |  | zł - |  |
| 21 | *Ketoprofenum 50 mg, kaps.* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **119** |  | zł - |  | zł - |  |
| 22 | *Krople żołądkowe* ***35 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **67** |  | zł - |  | zł - |  |
| 23 | *Loperamidum2 mg, tabl.* ***(8 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **187** |  | zł - |  | zł - |  |
| 24 | *Magnesii chloridum hexahydricum+ pyridoxini hydrochloridum mg, tabl. powlekane* ***(50 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **68** |  | zł - |  | zł - |  |
| 25 | *Aluminii oxidum hydricum + magnesii hydroxidu tabl. ( 20-30szt.) Aluminii oxidum hydricum + magnesii hydroxidu + Simeticone tabl.* ***(20 -30 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **97** |  | zł - |  | zł - |  |
| 26 | *Acidum salicylicum+ acidum lacticum maść* ***10 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **127** |  | zł - |  | zł - |  |
| 27 | *Retinoli palmitas 800 j.m./g, maść* ***25 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **163** |  | zł - |  | zł - |  |
| 28 | *Ambroxolum 30 mg, tabl.* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **53** |  | zł - |  | zł - |  |
| 29 | *Natrium chloratum 0,9% 5 ml,* ***(100 amp.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **18** |  | zł - |  | zł - |  |
| 30 | *Naproxenum0,1 g/g, żel* ***55 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **102** |  | zł - |  | zł - |  |
| 31 | *Alkohol- dichlorobenzylicum+ amylmetacresolum+ levomentholum, tabl.* ***(24 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **171** |  | zł - |  | zł - |  |
| 32 | *Nifuroxazidum200 mg, tabl.* ***(12 szt.****)* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **201** |  | zł - |  | zł - |  |
| 33 | *Glyceroli trinitras, areozol 0,4 mg/dawka 11 g* ***(200 dawek)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **23** |  | zł - |  | zł - |  |
| 34 | *Drotaverini hydrochloridum 40 mg, tabl.* ***(20 szt.****)* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **103** |  | zł - |  | zł - |  |
| 35 | *Ibuprofenum400 mg, kaps.* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **149** |  | zł - |  | zł - |  |
| 36 | *Diclofenacum25 mg, tabl.* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **105** |  | zł - |  | zł - |  |
| 37 | *Cetylpyridinii chloridum + lidocaini hydrochloridum , pastylki* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **153** |  | zł - |  | zł - |  |
| 38 | *Cholini salicylas 20%, krople do uszu* ***10 mg*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **97** |  | zł - |  | zł - |  |
| 39 | *Dexpanthenolum 20%, spray* ***150ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **62** |  | zł - |  | zł - |  |
| 40 | *Paracetamolum500 mg, tabl.* ***(12 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **134** |  | zł - |  | zł - |  |
| 41 | *Acidum acetylsalicylicum + acidum ascorbicum + calcium , saszetki* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **137** |  | zł - |  | zł - |  |
| 42 | *Bifidobacterium + Fruktooligosacharydy + Lactobacillus, kaps.* ***(14 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **78** |  | zł - |  | zł - |  |
| 43 | *Metamizolum 500 mg, tabl.* ***(6 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **131** |  | zł - |  | zł - |  |
| 44 | *Ethacridini lactas 5 mg/g, żel* ***30 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **70** |  | zł - |  | zł - |  |
| 45 | *Rutosidum +acidum ascorbicum tabl.* ***(30 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **160** |  | zł - |  | zł - |  |
| 46 | *Acidum ascorbicum +rutosidum + salicylamid tabl.* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **84** |  | zł - |  | zł - |  |
| 47 | *Chlorhexidinum +acidum ascorbicum tabl.* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **61** |  | zł - |  | zł - |  |
| 48 | *Ketoprofenum 100 mg. , tabl.(30 szt.)* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **33** |  | zł - |  | zł - |  |
| 49 | *Diosmectitum, prosz. do sporz. zaw. doust. saszetki* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **95** |  | zł - |  | zł - |  |
| 50 | *Benzydamini hydrochloridum1,5 mg/ml, areozol* ***30 ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **95** |  | zł - |  | zł - |  |
| 51 | *Salbutamolum areozol wziewny,* ***200 dawek*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **34** |  | zł - |  | zł - |  |
| 52 | *Acidum ascorbicum 1000 mg, tabl. musujące* ***(20 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **169** |  | zł - |  | zł - |  |
| 53 | *Aciclovirum+ hydrocortisonum , krem* ***2 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **58** |  | zł - |  | zł - |  |
| 54 | *Cetirizinum 10 mg, tabl.* ***(7 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **131** |  | zł - |  | zł - |  |
| 55 | *Octenidini dihydrochloridum w połączeniach****1 l*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **20** |  | zł - |  | zł - |  |
| 56 | *Octenidini dihydrochloridum w połączeniach, areozol* ***250 ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **83** |  | zł - |  | zł - |  |
| 57 | *Epinefryna 1 mg/ml, inj.****10 amp.*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **29** |  | zł - |  | zł - |  |
| 58 | *Adenosinum 3 mg/ 1ml, 6 fiol. a 2 ml, roztw. do wstrzykiwań* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **11** |  | zł - |  | zł - |  |
| 59 | *Acidum acetylsalicilum500 mg, tab.* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **81** |  | zł - |  | zł - |  |
| 60 | *Atropinum 1 mg/ml* ***10 amp****. a 1 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **13** |  | zł - |  | zł - |  |
| 61 | *Budesonidum zawiesina do nabulizacji 0,25 mg/ml,* ***10 poj.*** *2 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **7** |  | zł - |  | zł - |  |
| 62 | *Clemastini fumaras 2 mg/2 ml,* ***5 amp****. 2 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **29** |  | zł - |  | zł - |  |
| 63 | *Amiodaroni hydrochloridum 150 mg/3 ml,* ***6 amp.*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **14** |  | zł - |  | zł - |  |
| 64 | *Hydrocortisonum 100 mg/ml* ***5 fiol.*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **22** |  | zł - |  | zł - |  |
| 65 | *Dexamethasone4 mg/ml,* ***10 amp****. a 1 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **57** |  | zł - |  | zł - |  |
| 66 | *Flumazenilum 0,1 mg/ml,* ***5 amp.*** *5 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **13** |  | zł - |  | zł - |  |
| 67 | *Furosemidum10 mg/ml* ***5 amp****. a 2 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **21** |  | zł - |  | zł - |  |
| 68 | *Glucosum 20% 200 mg/1 ml, 1****0 amp.*** *a 10ml, roztw. do wstrzykiwań* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **22** |  | zł - |  | zł - |  |
| 69 | *Heparinum 5000 j.m./ml 10 fiol. po* ***5 ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **10** |  | zł - |  | zł - |  |
| 70 | *Hydroxyzinum 50 ug/ml, 5 amp.* ***2 ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **19** |  | zł - |  | zł - |  |
| 71 | *Hydroxyzinum 10 mg, tabl.* ***(30 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **24** |  | zł - |  | zł - |  |
| 72 | *Hydroxyzinum 25 mg, tabl.* ***(30 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **21** |  | zł - |  | zł - |  |
| 73 | *Ketoprofenum 50 mg/ml, 10 amp.* ***2ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **39** |  | zł - |  | zł - |  |
| 74 | *Lidocainum 2%, 2 ml.* ***10 amp.*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **16** |  | zł - |  | zł - |  |
| 75 | *Magnesii sulfas 2 g/10 ml 20% 200 mg/ml* ***10 amp****. 10ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **13** |  | zł - |  | zł - |  |
| 76 | *Mannitolum15%* ***100 ml****, roztw. do wlewu dożylnego* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **17** |  | zł - |  | zł - |  |
| 77 | *Isosorbide mononitrate 20 mg, tabl.* ***(60 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **10** |  | zł - |  | zł - |  |
| 78 | *Metoclopramidi hydrochloridum5 mg/ml,* ***5 amp.*** *2 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **44** |  | zł - |  | zł - |  |
| 79 | *Natrium chloratum0,9%* ***500 ml*** *roztw. do wlewu dożylnego* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **103** |  | zł - |  | zł - |  |
| 80 | *Natrium chloratum 0,9%* ***250 ml*** *roztw. do wlewu dożylnego* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **94** |  | zł - |  | zł - |  |
| 81 | *Naloxonum hydrochloricum 0,4 mg/ml,* ***10 amp****. a 1 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **8** |  | zł - |  | zł - |  |
| 82 | *Drotaverini hydrochloridum 40 mg/2 ml* ***5 amp.*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **35** |  | zł - |  | zł - |  |
| 83 | *Paracetamolum 10 mg/ml, roztw. do inf., fiolka* ***50 ml*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **57** |  | zł - |  | zł - |  |
| 84 | *Płyn wieloelektrolitowy roztw.* ***500 ml*** *roztw. do wlewu dożylnego* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **140** |  | zł - |  | zł - |  |
| 85 | *Metamizolum natricum 2,5 g/5 ml, 5 amp. a* ***5 ml,*** *roztw.do wstrzykiwań* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **34** |  | zł - |  | zł - |  |
| 86 | *Salbutamolum 0,5 mg/1 ml,* ***10 amp****. a 1 ml* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **12** |  | zł - |  | zł - |  |
| 87 | *Krem barierowy z tlenkiem cynku, na otarcia, odparzenia* ***60 g*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **21** |  | zł - |  | zł - |  |
| 88 | *Diclofenak sodowy, 150 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu* ***20 tabl.*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **15** |  | zł - |  | zł - |  |
| 89 | *Diklofenak sodowy 75 mg+ lidokaina 20 mg,* ***3 amp****. a 2 ml, roztw. do wstrzykiwań domięsniowych* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **16** |  | zł - |  | zł - |  |
| 90 | *Diklofenak sodowy 75mg/3ml, roztw.do wstrzykiwań* ***10 ampułek*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **9** |  | zł - |  | zł - |  |
| 91 | *Diclofenacum25 mg, tabl.* ***(10 szt.)*** | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **op.** | **1** |  | zł - |  | zł - |  |
| 92 | *Krem ochronny UVA i UVB* ***50ml*** *(chroni przed zimnem, mrozem, wiatrem i słońcem* | Minimum 18 miesiące, Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności |  | **szt.** | **545** |  | zł - |  | zł - |  |
| **CENA OGÓŁEM** | | | | | | | zł - | x | zł - | X |

**UWAGA:**

*CENA OGÓŁEM podana w niniejszym formularzu cenowym – stanowiącym Załącznik nr 1 do oferty - winna być bezwzględnie tożsama z CENĄ OGÓŁEM przedstawioną w pkt 3 oferty.*

*Wymagane jest aby Wykonawca wypełnił wszystkie kolumny formularza cenowego. Nie uzupełnienie powyższych danych, będzie skutkować odrzuceniem oferty.*

DOKUMENT WINIEN BYĆ ZŁOŻONY W FORMIE ELEKTRONICZNEJ OPATRZONY KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB W POSTACI ELEKTRONICZNEJ OPATRZONEJ ELEKTRONICZNYM PODPISEM ZAUFANYM LUB ELEKTRONICZNYM PODPISEM OSOBISTYM PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY.

1. * ***mikroprzedsiębiorstwo*** *— należy rozumieć przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 10 pracowników oraz ich roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro.*
   * ***małe przedsiębiorstwo*** *— należy rozumieć przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 50 pracowników oraz ich roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro.*
   * ***średnie przedsiębiorstwo*** *— należy rozumieć przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników oraz ich roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro.*

   [↑](#footnote-ref-1)