**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) (kol. 4 x kol. 5)** | **Kwota podatku****VAT****(zł)** | **Wartość brutto (zł)****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Aqua pro inj. 500 ml butelka z dwoma portami | V07AB | 2.400 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 5% 250 ml butelka z dwoma portami | B05BA03 | 1.200 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 5% 500 ml butelka z dwoma portami | B05BA03 | 8.500 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 10% 500 ml butelka z dwoma portami | B05BA03 | 5.600 |  |  |  |  |
|  | Glucosum 20% 500 ml butelka z dwoma i portami | B05BA03 | 240 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 100 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 42.000 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 250 ml butelka z 2 portami | B05BB05 | 21.000 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 500 ml butelka z 2 portami | B05BB02 | 17.200 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 1000 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 60 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 250 ml Ecolav butelka |  | 2.400 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% 500 ml do przepłukiwania butelki Ecolav |  | 2.400 |  |  |  |  |
|  | Płyn Solutio Ringeri 500 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 5.200 |  |  |  |  |
|  | 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) (kol. 4 x kol. 5)** | **Kwota podatku****VAT****(zł)** | **Wartość brutto (zł)****(kol. 6 + kol. 7)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Inj. Glucosi 5% et natrii chlorati 0,9% 1:1 ă 500 ml butelka stojąca z 2 portami | B05BB02 | 260 |  |  |  |  |
|  | Inj. Glucosi 5% et natrii chlorati 0,9% 2:1 ă 500 ml butelka stojąca z 2 portami | B05BB02 | 800 |  |  |  |  |
|  | Optilyte 500 ml butelka stojąca z 2 portami | B05BB01 | 23.000 |  |  |  |  |
|  | Optilyte 250 ml butelka z 2 portami | B05BB01 | 3.400 |  |  |  |  |
|  | Mannitol 20% 100 ml (butelka szklana, worek) | B05BC01 | 1.560 |  |  |  |  |
|  | Benelyte butelka z 2 portami 100 ml | B05BB02 | 80 |  |  |  |  |
|  | Benelyte butelka z 2 portami 250 ml  | B05BB02 | 760 |  |  |  |  |
| **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) (kol. 4 x kol. 5)** | **Kwota podatku****VAT****(zł)** | **Wartość brutto (zł)****(kol. 6 + kol. 7)** |
| 1. **.**
 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dekstran 40 000 10% 250 ml | B05AA05 | 24 |  |  |  |  |
|  | Natrium chloratum 0,9% (op. 3 l, worek) płyn do irygacji | B05BB01 | 472 |  |  |  |  |
|  | 1,5% Roztwór Glicyny (op. 3 l, worek) płyn do irygacji | B05CH | 60 |  |  |  |  |
|  | Solutio Ringeri Lactate 500 ml z 2 portami | B05BB01 | 3000 |  |  |  |  |
| **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) (kol.4 x kol.5)** | **Kwota podatku****VAT****(zł)** | **Wartość brutto (zł)****(kol.6 + kol.7)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Addiphos 20ml x 10 fiol | B05XA | **30 op.** |  |  |  |  |
|  | Addamel N 10ml x 20 amp | B05XX | **20 op.** |  |  |  |  |
|  | Cernevit x 10 fiol | B05XC | **40 op.** |  |  |  |  |
|  | Kabiven 3-komorowy 2053 ml ă 1900 kcal | B05BA | **280 szt.**  |  |  |  |  |
|  | Kabiven peripheral 1440 ml ă 1000 kcal  | B05BA10 | **352 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) (kol.3 x kol.4)** | **Kwota podatku****VAT****(zł)** | **Wartość brutto (zł)****(kol.5 + kol.6)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** |
|  | **Dializat Ci-Ca K2 lub K4 lub Ci-Ca K2 Plus lub K4 Plus***Wodorowęglanowy dializat (wyrób medyczny) bezwapniowy o składzie elektrolitowym:** *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*
* *magnez 0,75 lub 1,00 mmol/l*
* *fosforany 0 lub 1,25 mmol/l*

**w dwukomorowych workach 5,0 l** | **444 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.*

*W zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego:**- multifiltratePro Kit CiCa HD 1000**- multifiltrate Kit CiCa CVVHD 1000* | **18 szt.**  |  |  |  |  |
|  | **4% Cytrynian sodu w workach 1500 ml**  | **144 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**  | **18 szt.**  |  |  |  |  |
|  | **Worki na filtrat 10 l z zaworem spustowym** | **18 szt.** |  |  |  |  |
|  | **Rozdzielacz 2/4** umożliwiający podłączenie 4 worków płynu do hemofiltracji z drenem substytutu/dializatu. | **18 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)