

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 1 Doxycyclinum iniekcje**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Doxycyclinum 100 mg	fiol / amp	800					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 2 Doxycyclinum postać doustna**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Doxycyclinum 100 mg	spd	4 000					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 3 Penicyliny

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Benzylpenicillin potassium 1 000 000 j.m.	fiol / amp	200					
2	Benzylpenicillin potassium 3 000 000 j.m.	fiol / amp	100					
3	Benzylpenicillin potassium 5 000 000 j.m.	fiol / amp	100					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 4 Amoxicillin postaci doustne

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Amoxicilin 500 mg	s.p.d.	960					
2	Amoxicilin 1,0 g	s.p.d.	2 720					
3	Amoxicilin 250 mg/5 ml a 60 ml	szt	5					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 5 Amoxicillin, Clavulanic acid postaci doustne**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Amoxicillin , Clavulanic acid 625 mg	s.p.d.	1 764					
2	Amoxicillin , Clavulanic acid 1,0g	s.p.d.	6 930					
4	Amoxicillin , Clavulanic acid 457 mg/5 ml a 140 ml	szt	15					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 6 Amoxicillin, Clavulanic acid do podawania dożylnego**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Amoxicillin , Clavulanic acid 600 mg	fiol / amp	240					
2	Amoxicillin , Clavulanic acid 1,2 g	fiol / amp	18 000					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 7 Amoxicillin, Clavulanic acid do podawania dożylnego

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Amoxicillin , Clavulanic acid 2,2 g	butelka infuzyjna	200					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 8 Ampicillin

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Ampicillin 1,0g	fiol / amp	1 800					
2	Ampicillin 500 mg	fiol / amp	20					
3	Ampicillin 2,0 g	fiol / amp	30					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 9 Ampicillin,Sulbactam**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Ampicillin, Sulbactam 1,5 g	fiol / amp	400					
2	Ampicillin, Sulbactam 3,0 g	fiol / amp	20					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 10 Piperacillin, Tazobactam**

Lp	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Piperacillin, Tazobactam 4,5 g	fiol / amp	2 300					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 11 Cefazolin

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Cefazolin 1,0 g	fiol / amp	5 900					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 12 Cefamandol

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Cefamandole 1,0 g	fiol / amp	1 400					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 13 Cefuroxime iniekcje

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Cefuroxime 750 mg z rejestracją do stosowania od 0 doby życia	fiol / amp	2 000					
2	Cefuroxime 1500 mg z rejestracją do stosowania od 0 doby życia	fiol / amp	30 000					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 14 Cefuroxime postać doustna

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Cefuroxime 250 mg	s.p.d.	200					
2	Cefuroxime 500 mg	s.p.d.	9 000					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 15 Cefotaxime

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Cefotaxime 1,0 g	fiol / amp	1 400					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

## PAKIET 16 Ceftriaxone

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Ceftriaxone 1,0 g do podawania: - dożylnie - domięśniowo - do infuzji	fiol / amp	15 000					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

## PAKIET 17 Ceftazidime

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Ceftazidime 1,0 g i.v.	fiol / amp	6 500					
2	Ceftazidime 2,0 g i.v.	fiol / amp	100					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 18 Cefepime

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Cefepim 2,0 g	fiol / amp	330					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 19 Meropenem**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Meropenem 500 mg	fiol / amp	200					
2	Meropenem 1,0 g	fiol / amp	2 200					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 20 Imipenem, Cilastatin sodium**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Imipenem 500 mg, Cilastatin sodium 500 mg	fiol / amp	3 000					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 21 Ertapenem**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Ertapenem 1,0 g	fiol / amp	200					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 22 Gentamycinum

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Gentamycinum roztwór do wstrz. dom. i doż. oraz wlewu kropl. 40 mg/1 ml	fiol / amp	450					
2	Gentamycinum roztwór do wstrz.dom. i doż. oraz wlewu kropl. 80 mg/2 ml	fiol / amp	4 000					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 23 Amikacin

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Amikacin 250 mg	fiol / amp	400					
2	Amikacin 500 mg	fiol / amp	1 400					
3	Amikacin 1,0 g	fiol / amp	600					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 24 Clarithromycin iniekcje**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Clarithromycinum 500 mg	fiol / amp	450					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 25 Clarithromycin postać doustna**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Clarithromycin 125 mg/5 ml a 100 ml	szt	15					
2	Clarithromycin 250 mg	s.p.d	140					
3	Clarithromycin 500 mg	s.p.d	560					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 26 Azithromycin**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Azithromycin 100 mg/5 ml but. a 20 ml	szt	10					
2	Azithromycin 200 mg/5 ml but. a 20 ml	szt	15					
3	Azithromycin 500 mg	fiol / amp	50					
4	Azithromycin 500 mg	s.p.d.	30					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 27 Clindamycinum iniekcje**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Clindamycinum 300 mg	fiol / amp	400					
2	Clindamycinum 600 mg	fiol / amp	2 500					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 28 Clindamycinum postać doustna**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Clindamycinum 150mg	s.p.d	160					
2	Clindamycinum 300 mg	s.p.d	2 080					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

## PAKIET 29 Vancomycin iniekcje

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Vancomycin 500 mg	fiol / amp	100					
2	Vancomycin 1000 mg	fiol / amp	2 500					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 30 Vancomycin do podawania doustnego**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Vancomycin 500 mg*	fiol / amp	1 500					

\* Zamawiający wymaga, aby zaoferowany produkt posiadał rejestrację do podawania doustnego

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 31 Teicoplanin

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Teicoplanin 200 mg	fiol / amp	40					
2	Teicoplanin 400 mg	fiol / amp	200					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 32 Collistin**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Collistin 1 mln j.m	fiol / amp	4 800					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

Załącznik nr 1.1

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 33 Ciprofloxacin postać doustna**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Ciprofloxacin 250 mg	s.p.d	200					
2	Ciprofloxacin 500mg	s.p.d	8 000					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

## PAKIET 34 Ciprofloxacin postać dożylna

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Ciprofloxacin 200 mg roztwór do infuzji	worek /butelka	4 000					
2	Ciprofloxacin 400 mg roztwór do infuzji	worek /butelka	10 000					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 35 Levofloxacin**

Lp	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Levofloxacin 500mg	fiol / amp	200					

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 36 Co-trimoxazole**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Co-trimoxazole 240 mg/5 ml a 100 ml	szt	15					
2	Co-trimoxazole 480 mg	s.p.d.	1 600					
3	Co-trimoxazole 480 mg/5 ml	fiol / amp	5 000					
4	Co-trimoxazole 960 mg	s.p.d.	5 000					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 37 Linezolid**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Linezolid 600 mg	worek	150					
2	Linezolid 600 mg	s.p.d	50					
Razem:								

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)

## FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**Pakiet 38 Antybiotyki pozostałe**

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Szacunkowa ilość jedn.miary	Cena jedn. miary netto w zł	Wartość netto w zł	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł	Nazwa handlowa i producent oraz ilość sztuk w opakowaniu handlowym
1	Cloxacillin 500 mg	s.p.d	160					
2	Cloxacillin 500 mg	fiol / amp	100					
3	Cloxacillin 1,0 g	fiol / amp	500					
4	Erythromycinum 300 mg	fiol / amp	50					
5	Erythromycin cyclocarbonate 250 mg	s.p.d	800					
6	Fosfomycyna 2 g	s.p.d	30					
7	Fosfomycyna 3 g	s.p.d	30					
8	Neomycin 250 mg	s.p.d	320					
9	Norfloxacin 400mg	s.p.d	2 000					
10	Rifaximine 200 mg	s.p.d	840					
11	Rifampicyna 150 mg	s.p.d	100					
12	Rifampicyna 300 mg	s.p.d	400					
13	Roxithromycin 100 mg	s.p.d	20					
14	Roxithromycin 150 mg	s.p.d	20					
15	Spiramycin 1,5 mln j.m.	s.p.d	48					
16	Spiramycin 3 mln j.m.	s.p.d	120					
17	Streptomycin 1,0 g	fiol / amp	40					
18	Tetracycline hydrochloride 250 mg	s.p.d.	800					

Razem:

Termin dostawy: ..... godzin (należy wpisać 24 lub 48).

.....  
 (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
 do reprezentowania wykonawcy)