

## FORMULARZ CENOWY

**Pakiet 1      Enoxaparin 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
1	Enoxaparin sodium 40 mg	amp-strzykawka	12 000					
2	Enoxaparin sodium 60 mg	amp-strzykawka	3 000					
3	Enoxaparin sodium 80 mg	amp-strzykawka	1 500					
4	Enoxaparin 300 mg/3ml x 1 op.(komplet) *	op. komplet	3 000					

Razem:

\*Komplet zawiera: Enoxaparin 300 mg/3ml x 1 fiolka +1 szt. urządzenia do pobierania leku z fiolki do strzykawki (np. typu mini-spike) + 10 szt. strzykawek z igłami

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

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

## FORMULARZ CENOWY

## PAKIET 2 Nadroparin calcium

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
1	Nadroparin calcium 2850 j.m.aXa	amp-strzykawka	250					
2	Nadroparin calcium 3800 j.m. aXa	amp-strzykawka	250					
3	Nadroparin calcium 5700 j.m. aXa	amp-strzykawka	250					
4	Nadroparin calcium 7600 j.m. aXa	amp-strzykawka	200					
5	Nadroparin calcium 9500 j.m. aXa/1ml x 10fiol. A 5 ml - komplet*	op. (komplet)	600					
Razem:								

\* Komplet zawiera: Nadroparin calcium 9500j.m.aXa x 10 fiolek + 10 szt. urządzeń do pobierania leku z fiołki do strzykawki (np.. typu mini-spike) + 100 szt. strzykawek z igłami

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

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

FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 1.1

**PAKIET 3 Heparinum 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
1	Heparinum sodium 25 000 j.m./ 5ml	fiol / amp	9 000					

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

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

## FORMULARZ CENOWY

## PAKIET 4 Eptifibatide

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	Eptifibatide 0,75 mg / ml a 100 ml	fiol / amp	245					
2	Eptifibatide 2 mg / ml a 10 ml	fiol / amp	290					
Razem:								

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

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