**Załącznik nr 1**

POSTĘPOWANIE O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA O WARTOŚCI NIE PRZEKRACZAJĄCEJ KWOTY 130 000 ZŁOTYCH

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

*(nazwa wykonawcy)*

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

*(adres wykonawcy)*

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

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

(nr telefonu oraz adres e-mail wykonawcy)

**Kierownik M-G SPZOZ**

**w Staszowie**

**F O R M U L A R Z O F E R T Y C E N O W E J**

**dla zamówienia, którego wartość nie przekraczającej kwoty 130 000 złotych**

Działając imieniem Wykonawcy, w związku z zaproszeniem do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia pn.

***zakup i dostawa leków dla Miejsko-Gminnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Staszowie***

oferuję wykonanie przedmiotowego zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j.m.** | **ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Aqua pro injectione inj. 5 ml x100amp | op. | 20 |  |  |  |
| **2.** | Atropinumsulfuricum 0,5mg/ml \*10 amp a 1 ml. | op. | 10 |  |  |  |
| **3.** | Adrenalinuminj 0,1%1mg/1ml x 10 amp. | op. | 10 |  |  |  |
| **4.** | Adrenalina roztwór do wstrzyk. 0,3mg/dawkę -1amp.-strzyk. 1ml | szt. | 15 |  |  |  |
| **5.** | Altacet tabl. x 6 | op. | 5 |  |  |  |
| **6.** | Altacet żel | op. | 25 |  |  |  |
| **7.** | Apap 500mg tabl. x 12 | op. | 30 |  |  |  |
| **8.** | Argosulfan 2% krem 40 g | op. | 20 |  |  |  |
| **9.** | Benzinum FP 100ml | op. | 15 |  |  |  |
| **10.** | Bisocardtabl. Powl. (2,5mg) x 30 szt. | op | 5 |  |  |  |
| **11.** | Captopril tab 12,5 mg x 30 | op. | 20 |  |  |  |
| **12.** | Captopril tabl. 25 mg x 40 | op. | 20 |  |  |  |
| **13.** | Clonazepamum TZF roztrw. do wstrzykiwań 1mg/ml – 10amp. 1Ml | op. | 2 |  |  |  |
| **14.** | Cordarone 3 ml – 6 amp. | op. | 2 |  |  |  |
| **15.** | Cyclonamine 12,5 % x 5amp. 2 ml | op. | 3 |  |  |  |
| **16.** | Corhydron 100 mg- 5fiol. | op. | 20 |  |  |  |
| **17.** | Corhydron 25 mg | op. | 10 |  |  |  |
| **18.** | Dexaveninj 4 mg\ml 1 ml x10 amp | op. | 70 |  |  |  |
| **19.** | Dexaveninj 8 mg\2ml x 10 amp. | op. | 20 |  |  |  |
| **20.** | Rec.-Etanol 70% 250 ml | op. | 15 |  |  |  |
| **21.** | Ephedrinumhydrochloricum 25 mg/1ml x 10 amp. | op. | 2 |  |  |  |
| **22.** | Floxal maść do oczu – 3mg/g – tuba 3g | op. | 2 |  |  |  |
| **23.** | Fenactilinj.dom. 25 mg\5ml x 5 amp. | op. | 2 |  |  |  |
| **24.** | Furosemiduminj 10 mg\ml x 5 amp. | op. | 35 |  |  |  |
| **25.** | Furosemidum 40mg - tabletki | op | 5 |  |  |  |
| **26.** | Glucosum inj. 40%10ml\*10amp. | op. | 5 |  |  |  |
| **27.** | Glucosum inj. 20%10ml\*10amp. | op. | 10 |  |  |  |
| **28.** | Glucosum 5% 50mg/1ml 250ml | fl. | 35 |  |  |  |
| **29.** | Glucosum 5% et natr.chlorat.0,9% 2:1 inj.doż.250ml | fl. | 40 |  |  |  |
| **30.** | Glucosum 5% et natr.chlorat. 0,9 % 2:1 inj.doż. 500ml | fl. | 80 |  |  |  |
| **31.** | Granudacyn płyn do płukania ran-poj. 250ml | fl | 20 |  |  |  |
| **32.** | Hydroxyzinum 10mg tabletki \*30 tabl.powl. | op. | 10 |  |  |  |
| **33.** | Hydroxyzinum 25mg\*30tabl.powl. | op. | 10 |  |  |  |
| **34.** | Ketonal inj. 50mg/ml x 10amp. po 2ml. | op. | 60 |  |  |  |
| **35.** | Kidofen Duo zaw.doustna (100mg+125mg/5ml) butelka 100ml | fl | 2 |  |  |  |
| **36.** | Kropleżołądkowe – płyn 35g | fl | 2 |  |  |  |
| **37.** | Lignocainum „U” żel 2% 30g | szt | 80 |  |  |  |
| **38.** | Metoclopramiduminj. 10mg/2ml \*5 amp. | op. | 40 |  |  |  |
| **39.** | Natrium chloratum inj.0,9% 250ml | fl | 80 |  |  |  |
| **40.** | Natrium chlor.inj.0,9% 5ml\*100amp. | op. | 15 |  |  |  |
| **41.** | Natrium chlor.inj.0,9% 500ml | op. | 80 |  |  |  |
| **42.** | Neospasminasyrop 119ml | fl | 50 |  |  |  |
| **43.** | No –Spa 20mg/1ml (40mg/2ml) \* 5amp. | op. | 20 |  |  |  |
| **44.** | No-spa 40 mg \*20tabl. | op. | 20 |  |  |  |
| **45.** | Nitromintareozol podjęzykowy 0,4mg/dawkę 11g/200 dawek | op. | 8 |  |  |  |
| **46.** | Papaverinumhydrochloricum inj.0,04g/2ml\* 10amp. | op. | 40 |  |  |  |
| **47.** | Paracetamol czopki 50 mg (10 czopk. w opak.) | op. | 2 |  |  |  |
| **48.** | Phenazolinum 50 mg/ml x 10 amp.po 2ml | op. | 25 |  |  |  |
| **49.** | Pyralgin inj. 1g\2ml \*5amp. | op. | 50 |  |  |  |
| **50.** | Pyralgin inj. 2,5g\5ml\*5 amp. | op. | 10 |  |  |  |
| **51.** | Polopiryna S 300mg \*20tabl. | op | 25 |  |  |  |
| **52.** | Paski test iXell\*50szt. | op. | 10 |  |  |  |
| **53.** | Relanium inj. 5 mg\ml x 5 amp.po 2ml | op. | 20 |  |  |  |
| **54.** | Ringer roztwór do inf. (calciichloridum+kaliichloridum+natriichloridum 250ml | op. | 1 |  |  |  |
| **55.** | Spongostan standard 7cmx5cmx1cm | op. | 40 |  |  |  |
| **56.** | Spongostanspecjal 7cmx5cmx0,1cm | op. | 40 |  |  |  |
| **57.** | Sterofundin ISO roztwór do inf. 250ml | szt. | 80 |  |  |  |
| **58.** | Theophyllinuminj.doż. 0,3g 250 ml | fl. | 10 |  |  |  |
| **59.** | Tramalkropledoustne, roztwór 10mg/ml but. 10ml | fl | 2 |  |  |  |
| **60.** | Ventolin aerozol wziewny 100mcg/d. \*200d. | op | 10 |  |  |  |
| **61.** | Zyrtek krople doustne, roztwór 10mg/ml, butelka 10ml | fl | 5 |  |  |  |
| **62.** | Glukoza 10% 250 ml Fresenius | szt. | 15 |  |  |  |
| **63.** | Glukoza 10% 500 ml Fresenius | szt. | 20 |  |  |  |
| **64.** | HydroxyzinumTeva 5 amp. Po 2ml – 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań | op. | 30 |  |  |  |
| **65.** | Paracetamol 80mg (10 czopków w opak.) | op. | 5 |  |  |  |
| **66.** | Paracetamol 125mg (10 czopków w opak.) | op. | 5 |  |  |  |
| **67.** | Ibuprom dla dzieci Forte (Ibuprofenum 200mg/5ml 100ml - syrop) | op. | 5 |  |  |  |
| **68.** | Sutrisept 250ml – płyn do odkażania ran (polinexanid) | op. | 20 |  |  |  |
| **69.** | Betadyna (30 ml), betadine – płyn na skórę do dezynfekcji skóry i błon śluzowych | op. | 20 |  |  |  |
| **70.** | Microdacyn (250 ml) – roztwór do leczenia ran | op. | 80 |  |  |  |
| **71.** | Granudacyn (250 ml) – roztwór do leczenia ran | op. | 80 |  |  |  |
| **72.** | Aspirox (250 ml) – roztwór do przemywania ran | op. | 40 |  |  |  |
| **73.** | Anios DD1 5l – do dezynfekcji narzędzi | szt. | 10 |  |  |  |
| **74.** | Optilyte 500 ml – roztwór do infuzji (Fresenino) | szt. | 80 |  |  |  |
| **75.** | Optilyte 250 ml – roztwór do infuzji (Fresenino) | szt. | 40 |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Razem:** |  |  |

Słownie netto: ……………………………………………………………………………………………………………… złotych.

Słownie brutto: ……………………………………………………………………………………………………………… złotych.

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że Wykonawca zdobył konieczne informacje do przygotowania oferty,
2. Wykonawca zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Inne ustalenia: ....................................................................................................

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

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

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

Podpisano:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Miejscowość, data, podpis i pieczęć imienna osoby/osób* *uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*