

Załącznik nr 1 do umowy LA.261.2.4.2024

**Formularz cenowy - zadanie nr 4**

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).

3. Zamawiający wymaga leku refundowanego stosowanego w katalogu chemioterapii - zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: [zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl](mailto:zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl)\*

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych : [reklamacje@salusint.com.pl](mailto:reklamacje@salusint.com.pl)\*

\* - Wypełnia Wykonawca

I.p	Przedmiot zamówienia	* Nazwa handlowa wraz z kodem EAN		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	* Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	* Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Everolimusum	Everolimus Accord 5mg x 30 tabl. /S/	5909991383565	tabletki	5 mg	30 szt.	1	1 248,00 zł	1 248,00 zł	8%	1 347,84 zł	1 347,84 zł
2	Everolimusum	Everolimus Accord 10mg x 30 tabl./S/	5909991383596	tabletki	10 mg	30 szt.	22	2 080,00 zł	45 760,00 zł	8%	49 420,80 zł	2 246,40 zł
3	Temozolomidum	Temozolomide Accord 5mg 5kap.tw.sasz/S	5055565719336	kapsułki tw.	5 mg	5 szt.	100	9,36 zł	936,00 zł	8%	1 010,88 zł	10,11 zł
4	Temozolomidum	Temozolomide Accord 20mg 5kap.tw.sasz/S	5055565719343	kapsułki tw.	20 mg	5 szt.	140	26,00 zł	3 640,00 zł	8%	3 931,20 zł	28,08 zł
5	Temozolomidum	Temozolomide Accord 100mg 5kap.tw.sasz/S	5055565719350	kapsułki tw.	100 mg	5 szt.	170	130,00 zł	22 100,00 zł	8%	23 868,00 zł	140,40 zł
6	Temozolomidum	Temozolomide Accord 140mg 5kap.tw.sasz/S	5055565719367	kapsułki tw.	140 mg	5 szt.	5	182,00 zł	910,00 zł	8%	982,80 zł	196,56 zł
7	Temozolomidum	Temozolomide Accord 180mg 5kap.tw.sasz/S	5055565719374	kapsułki tw.	180 mg	5 szt.	5	234,00 zł	1 170,00 zł	8%	1 263,60 zł	252,72 zł
8	Temozolomidum	Temozolomide Accord 250mg 5kap.tw.sasz/S	5055565719381	kapsułki tw.	250 mg	5 szt.	5	325,00 zł	1 625,00 zł	8%	1 755,00 zł	351,00 zł
9	VINCISTINI SULFAS	Vincristine Teva inj.1mg/ml 1fiol.1ml/S/	5909990669493	roztwór do wstrzykiwań	1 mg/ml a 1 ml	1 fiolka	1000	27,53 zł	27 530,00 zł	8%	29 732,40 zł	29,73 zł
10	VINCISTINI SULFAS	Vincristine Teva inj.1mg/ml 1fiol.5ml/S/	5909990669523	roztwór do wstrzykiwań	1 mg/ml a 5 ml	1 fiolka	10	137,59 zł	1 375,90 zł	8%	1 485,97 zł	148,60 zł
Razem - Cena oferty									106 294,90 zł		114 798,49 zł	

Formularz cenowy - zadanie nr 8

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający wymaga leku refundowanego stosowanego w programach lekowych/w katalogu chemioterapii zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
4. Zamawiający zaznacza, że lek może być stosowany w RDTL

5. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: [zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl](mailto:zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl)\*

6. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych: [reklamacje@salusint.com.pl](mailto:reklamacje@salusint.com.pl)\*

\* - Wypełnia Wykonawca

I.p	Przedmiot zamówienia	* Nazwa handlowa wraz z kodem EAN		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	* Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	* Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	PEMBROLIZUMABUM	Keytruda 25mg/ml konc.d/sp.rozt.4ml 1f/S	5901549325126	Koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji	100 mg	1 fiolka 4 ml	900	13 300,27 zł	11 970 243,00 zł	8%	12 927 862,44 zł	14 364,29 zł
Razem - Cena oferty									11 970 243,00 zł		12 927 862,44 zł	

Formularz cenowy - zadanie nr 10

- Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
- Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
- Zamawiający wymaga leku refundowanego stosowanego w programach lekowych/w katalogu chemioterapii zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
- Zamawiający wymaga w poz. 2 zaferowania produktu leczniczego z zarejestrowaną w ChPL stabilnością fizyko-chemiczną rozcieńczonego roztworu min. 8h
- Zamawiający wymaga w poz. 2 zaferowania produktu leczniczego z zarejestrowaną w ChPL możliwością podskórnego podania leku.

6. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: [zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl](mailto:zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl)\*

7. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych : [reklamacje@salusint.com.pl](mailto:reklamacje@salusint.com.pl)\*

\* - Wypełnia Wykonawca

I.p	Przedmiot zamówienia	* Nazwa handlowa wraz z kodem EAN		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	* Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	* Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	Zoledronic Acid Accord 4mg/100ml 1wor/S/	5909991377717	koncentrat do sporz. roztworu do inf. lub roztwór do infuzji	4 mg/5ml lub 4 mg/100ml	1 fiol.	1300	52,00 zł	67 600,00 zł	8%	73 008,00 zł	56,16 zł
2	BORTEZOMIBUM	Bortezomib Accord 3,5mg prosz. 1 fiol/S/	5055565718339	proszek do sporz.roztw.do wstrzyk.	3,5 mg	1 fiol.	850	114,40 zł	97 240,00 zł	8%	105 019,20 zł	123,55 zł
Razem - Cena oferty									164 840,00 zł		178 027,20 zł	

Załącznik nr 2.12 do SWZ  
Załącznik nr 1 do umowy LA.261.2.12.2024

Formularz cenowy - zadanie nr 12

1. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt leczniczy w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Na etapie realizacji zamówienia kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu leczniczego zostaną przekazane zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.
2. Zamawiający wymaga umieszczenia obowiązkowo nazwy proponowanego produktu wraz z kodem EAN (kolumna nr 3).
3. Zamawiający wymaga leku refundowanego stosowanego w katalogu chemioterapii zgodnie z aktualnym Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

4. Wykonawca oświadcza, że poszczególne dostawy przedmiotu zamówienia realizowane będą w terminie: 1 dzień roboczy od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: [zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl](mailto:zamowienia.szpitalny@salusint.com.pl)\*

5. Adres e-mail Wykonawcy dedykowany do przyjmowania zgłoszeń reklamacyjnych : [reklamacje@salusint.com.pl](mailto:reklamacje@salusint.com.pl)\*

\* - Wypełnia Wykonawca

I.p	Przedmiot zamówienia	* Nazwa handlowa wraz z kodem EAN		Postać	Dawka	Ilość szt. w opakowaniu	Ilość opakowań	* Cena jednostkowa za opakowanie netto	Wartość netto 9 = 7 x 8	* Stawka podatku VAT %	Wartość brutto 11 = 9 + 10	Cena jednostkowa za opakowanie brutto 12 = 11/7
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Pegfilgrastimum	Pelgraz 6mg/0,6ml rozt.d/wstrz.1amp-st/S	5055565748640	Roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce	6 mg/0,6ml	1 szt.	2 400	340,08 zł	816 192,00 zł	8%	881 487,36 zł	367,29 zł
Razem - Cena oferty									816 192,00 zł		881 487,36 zł	