

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 1

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 1 Cefazolin

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Cefazolin 1,0 g inj.	Szt.	44 300				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 2

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 2 Imipenem+Cilastatine

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Imipenem+Cilastatine 0,5g+0,5g inj.	Szt.	21 250				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 3

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 3 Amoxicillin+Clavulanic Acid

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Amoxicillin+Clavulanic Acid 0,6g inj.	Szt.	20 250				
2.	Amoxicillin+Clavulanic Acid 1,2g inj.	Szt.	178 000				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 4

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 4 Amoxicillin+Clavulanic Acid

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Amoxicillin+Clavulanic Acid 2,2g inj.	Szt.	3 550				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 5

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 5 Ciprofloxacyn

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ciprofloxacyn 100mg/50ml inj.	Szt.	19 000				
2.	Ciprofloxacyn 200mg/100ml inj.	Szt.	90 700				
3.	Ciprofloxacyn 400mg/200ml inj.	Szt.	5 440				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 6

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 6 Ciprofloxacyn

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ciprofloxacyn 0,1g/10ml op. a 10 amp.	Szt.	1 460				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 7

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 7 Amikacin

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Amikacin 250mg/2ml inj.	Szt.	6 480				
2.	Amikacin 500mg/2ml inj.	Szt.	23 340				
3.	Amikacin 1000mg/4ml inj.	Szt.	3 710				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 8

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 8 Meropenem

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Meropenem 0,5g inj.	Szt.	3 640				
2.	Meropenem 1,0g inj.	Szt.	8 970				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 9

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 9 Vancomycin

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Vancomycin 0,5g inj.	Szt.	5 280				
2.	Vancomycin 1,0 g inj.	Szt.	13 480				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 10

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 10 Cefuroxime

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Cefuroxime 0,75g inj.	Szt.	28 950				
2.	Cefuroxime 1,5 g inj.	Szt.	106 250				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 11

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 11 Cefprozid

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ceftazidime 1,0g inj.	Szt.	44 300				
2.	Ceftazidime 2,0g inj.	Szt.	3 450				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 12

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 12 Ceftriaxone

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ceftriaxone 1,0g inj.	Szt.	42 750				
2.	Ceftriaxone 2,0g inj.	Szt.	9 580				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 13

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 13 Cefepime

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Cefepime 1,0g inj.	Szt.	280				
2.	Cefepime 2,0g inj.	Szt.	440				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 14

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 14 Cefotaxime

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Cefotaxime 1,0g inj.	Szt.	34 740				
2.	Cefotaxime 2,0g inj.	Szt.	2 240				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 15

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 15 Cefamandol

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Cefamandol 1,0g inj.	Szt.	12 000				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 16

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 16 Ertapenem

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ertapenem 1,0g inj.	Szt.	650				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 17

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 17 Pen. crystallisatum

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Pen. crystallisatum 1 mln j.m. inj.	Szt.	2 700				
2.	Pen. crystallisatum 3 mln j.m. inj.	Szt.	3 600				
3.	Pen. crystallisatum 5 mln j.m. inj.	Szt.	1 300				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 18

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 18 Piperacillin+Tazobactam

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Piperacillin+Tazobactam2g+0,25g inj.	Szt.	1 310				
2.	Piperacillin+Tazobactam4g+0,5g inj.	Szt.	4 970				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 19

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 19 Ampicillin

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ampicillin 0,5g inj.	Szt.	3 800				
2.	Ampicillin 1,0g inj	Szt.	13 400				
3.	Ampicillin 2,0g inj.	Szt.	600				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 20

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 20 Ampicillin+Sulbactam

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ampicillin+Sulbactam 0,5g+0,25g inj.	Szt.	2200				
2.	Ampicillin+Sulbactam 1g+0,5g inj.	Szt.	1800				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 21

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 21 Colistin

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Colistin 1000000 j. m. a 20 fiol. inj.	Szt.	482				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 22

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 22 Fluconazole

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Fluconazole 0,1g/50ml inj.	Szt.	2 490				
2.	Fluconazole 0,2g/100ml inj.	Szt.	4 070				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 23

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 23 Teicoplanin

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Teicoplaning 0,2g inj.	Szt.	670				
2.	Teicoplaning 0,4g inj.	Szt.	790				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 24

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 24 Tiegecycline

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Tiegecycline 50mg/5ml inj.	Szt.	1 060				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

UWAGA : W kolumnie 2 należy podać Nazwę asortymentu, Nazwę handlową, Producenta oraz EAN

Załącznik Nr 2/ 25

FORMULARZ CENOWY Pakiet nr 25 Linezolid

Lp.	Nazwa asortymentu/Nazwa handlowa*/Producent*/EAN	J. m.	Ilość	Cena j. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 4 x kol. 5)	Stawka podatku VAT od wartości z kol. 6	Wartość brutto w zł (kol. 6 x kol. 7 + kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Linezolid 0,6g/300ml inj.	Szt.	1 230				
RAZEM		X	X	X		X	

.....
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych