

**DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM  
CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU  
ul. Grabiszyńska 105  
53-439 Wrocław**

Warszawa, dnia 05.11.2021r

**OFERTA  
sprawa BZP.3810.61.2021.KK**

1. Spis treści
2. Formularz ofertowy
3. Formularz cenowy
4. Dane ofertowe

**Podpisany Formularz JEDZ oraz podpisane Pełnomocnictwo stanowią integralną część oferty i załączone są w odrębnych plikach.**

**Z poważaniem,**

**Monika Augustyniak  
Pełnomocnik**

Osoba do kontaktu w sprawie oferty:

Monika Augustyniak

Tel (22) 2096221, fax (22) 2097004, e-mail:monika.augustyniak@sandoz.com

Adres do korespondencji:

Lek SA, Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: dostawy produktów leczniczych w ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego transportem Wykonawcy lub na jego koszt.

**I. OFERTĘ SKŁADA**

<u>Nazwa Wykonawcy</u>	.....Lek S.A. .... .....95-010 Stryków ul. Podlipie 16 .....
<u>Wpisany do:</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Łódź Śródmieście.. pod nr KRS ...0000061723..... <b><i>miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego:</i></b> .....</li> <li>lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ..... <b><i>miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego:</i></b> .....</li> </ul>
NIP:	7281341936
REGON:	471255608
Adres:	Ul. Podlipie 16 , 95-010 Stryków
Telefon:	222096221
Adres e-mail:	monika.augustynaik@sandoz.com
Osoba do kontaktów: e-mail, telefon	Monika Augustyniak
Wykonawca jest:	<ul style="list-style-type: none"> <li><del>• mikroprzedsiębiorstwem,</del></li> <li><del>• małym przedsiębiorstwem,</del></li> <li><del>• średnim przedsiębiorstwem,</del></li> <li><del>• jednoosobową działalnością gospodarczą,</del></li> <li>• osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,</li> <li>• innym rodzajem* duże</li> </ul> <p>* niepotrzebne skreślić</p>

**II. OFERTA WYKONAWCY**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na: dostawę produktów leczniczych w ilościach wynikających z bieżących potrzeb Zamawiającego transportem Wykonawcy lub na jego koszt,

niniejszym oferuję (-emy) realizację przedmiotu zamówienia w cenach zaoferowanych w formularzu asortymentowo- cenowym ( zał. nr 1 do oferty).

**Jednocześnie oświadczam(y), że<sup>1</sup>:**

a) wybór naszej oferty **nie będzie** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

b) ~~wyбір naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.~~

Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego w poniższej tabeli:

L.p.	Nazwa (zadanie)	Wartość bez kwoty podatku

W przypadku nie skreślenia żadnej z powyższych pozycji, Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy. Powstanie obowiązku podatkowego u zamawiającego będzie miało zastosowanie w przypadku:

- wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
- mechanizmu odwróconego obciążenia podatkiem VAT,
- importu usług lub towarów.

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

### III. OŚWIADCZENIA

- Oświadczam(-y), że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte.
- Oświadczam(-y), że uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
- Oświadczam(-my), że zapoznałem(-liśmy) się z warunkami zawartymi w SWZ oraz w projektowanych postanowieniach umowy, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy i akceptuję (-emy) je w całości. W razie wybrania mojej (naszej) oferty zobowiązuję(-jemy) się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
- Akceptujemy wskazany w SWZ czas związania ofertą – 90 dni. Bieg terminu związania z ofertą rozpoczyna się wraz upływem terminu składania ofert.
- Informuję(-jemy), że ~~zamierzamy\*~~ / nie zamierzamy\* powierzyć części zamówienia podwykonawcom, jeżeli TAK, należy wypełnić poniższą tabelę;

Wykaz części zamówienia, które wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom:

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

L.p.	Powierzona część zamówienia	Wartość lub procentowa część powierzonej części zamówienia	Nazwa podwykonawcy

5. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym: ... Monika Augustyniak .....  
tel. ... (22) 209 6221... faks:... (22) 209 7004. e-mail: monika.augustyniak@sandoz.com
6. Osoba upoważniona do realizacji umowy: ..... Magdalena Bałdys, Mirosław Tomaszewski...  
tel. ... 22) 209-60-52, ... faks:... (22) 209-70-07, (22) 209-70-08. e-mail:  
.....zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com.
7. Osoba upoważniona do podpisania umowy:.....Agnieszka Gałenza .....
8. Oświadczam(-y), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
9. Oświadczamy, że pozostajemy związani ofertą do upływu terminu określonego datą w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
10. Dla środków kwalifikowanych jako wyroby medyczne – oświadczamy, że posiadamy dopuszczenie do obrotu na terytorium RP zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 175 ze zm.).

#### IV. OŚWIADCZENIA - TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA

Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 18, ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych zastrzegamy, że informacje: .....  
(wymienić, czego dotyczą) zawarte są w następujących dokumentach:

.....  
Stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania<sup>2</sup>.

Za tajemnicę przedsiębiorstwa uznaje się tylko takie informacje, które łącznie spełniają trzy przesłanki:

- a) są nieujawnione do wiadomości publicznej,
- b) posiadają wartość gospodarczą (na przykład informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa
- c) przedsiębiorca podjął co do nich niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.

W związku z definicją, co stanowi tajemnicę przedsiębiorstwa, Wykonawca musi wykazać na etapie składania oferty (jeśli zastrzegł jakieś informacje jako tajemnicę przedsiębiorstwa), że zastrzeżone informacje rzeczywiście stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

W przypadku, gdy Wykonawca nie wykaże, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, Zamawiający będzie miał prawo do odtajnienia tych informacji.

<sup>2</sup> UWAGA: zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem „tajemnica przedsiębiorstwa” i złożone w odrębnej kopercie wewnętrznej, a na ich miejscu w dokumentacji zamieszczone stosowne odsyłacze

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\* *niepotrzebne skreślić*

\_\_\_\_\_Warszawa\_\_\_\_\_data .....05.11.2021....  
.....

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej  
kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis  
osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 3			LEKI UKŁADU ODDECHOWEGO										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	PAKIET NR 3	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
1	Formoterol fumarate	Foradil 12UG x 60 caps	kaps.	12mcg	60	8	16,00	128,00	8	10,24	17,28	138,24	

a/	leki z cenami wolnymi	poz.
----	-----------------------	------

b/ leki z cenami urzędowymi TAK                      poz.

## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK

GRUPA NR 6			antybiotyki, chemioterapetyki , sulfonamidy										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 8</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	Amoxicillin + Clavulanic acid	Amoksiklav tabletki 1000 mg x 14 szt.	tabl.	875mg + 125mg	14	<b>87</b>	9,00 zł	783,00 zł	8%	62,64 zł	<b>9,72 zł</b>	<b>845,64 zł</b>	

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 6			antybiotyki, chemioterapetyki , sulfonamidy										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 34</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	Amoxicillin	Ospamox 500 mg tabl. powł.x 16 szt.	tabl.	500mg	16	<b>50</b>	5,00 zł	250,00 zł	8%	20,00 zł	<b>5,40 zł</b>	<b>270,00 zł</b>	

Jeżeli lek jest niedostępny na rynku, brak produkcji, brak dostaw do kraju, brak rejestru, tymczasowe wstrzymanie produkcji Wykonawca wpisuje tą informację w uwagach

lek z ceną wolną.....NIE.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*



## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK

GRUPA NR 6			antybiotyki, chemioterapetyki , sulfonamidy										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 38</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	Voriconazole (z/EAN)	Voriconazole SANDOZ tabl.powl.200 mg x <b>28</b> <u>szt.</u>	tabl.	200mg	20	<u>z</u>	150,00 zł	1 050,00 zł	8%	84,00 zł	162,00 zł	1 134,00 zł	

leki muszą być refundowane przez NFZ w ramach chemioterapii

lek z ceną wolną.....TAK.....\*; lek z ceną urzędową .....NIE.....\*

## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK

GRUPA NR 6			antybiotyki, chemioterapetyki , sulfonamidy										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 49</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	Levofloxacin z zawieszką	Levofloxacin SDZ 5 mg/ml <b>5 worków</b> x 100 ml	roztw. do inf.	500mg/100ml	1	<b>807</b>	44,85 zł	36 193,95 zł	8%	2 895,52 zł	48,44 zł	39 089,47 zł	

lek z ceną wolną.....TAK.....\*; lek z ceną urzędową..NIE.....\*

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....\*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 7			LEKI PRZECIWBÓLOWE										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 10</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	Ketoprofen	Ketonal amp. 50 mg/ml a 2 ml x 10	roztw. do wstrzyk.	100mg/2ml	10	368	10,80 zł	3 974,40	8%	317,95 zł	11,66	4 292,35	
2	Ketoprofen	Ketonal Active 50mg x 20 caps.	kaps.	50mg	20	115	4,84 zł	556,60	8%	44,53 zł	5,23	601,13	
3	Ketoprofen	Ketonal forte tbl. 100mg x 30 szt.	kaps.	100mg	30	114	3,53 zł	402,42	8%	32,19 zł	3,81	434,61	
Jeżeli lek jest niedostępny na rynku (brak produkcji, brak dostaw do kraju, brak rejestru, tymczasowe wstrzymanie produkcji), Wykonawca wpisuje tę informację w uwagach. Wykonawca może zaoferować lek równoważny różniący się postacią tj. tabl. lub kaps. lub draż. a w przypadku innej wielkości opakowań, Wykonawca musi przeliczyć tak, aby liczba sztuk (tabl., draż., itp.) była zgodna z SWZ i zaokrąglić do pełnych opak. np: 15,5 to 16 opak.								<b>SUMA</b>	<b>4 933,42 zł</b>			<b>5 328,09 zł</b>	

lek z ceną wolną.....TAK poz 1, 2.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK poz 3.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 7 - leki przeciwbólowe

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	PAKIET NR 3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	Doxorubicin-EBW 50mg 2mg/ml 1 fiol 25ml	amp./fiol	50mg	x	200	0,7600	152,00	8%	12,16 zł	0,8208 zł	164,16	Ebewe
1a	1op= ...1..fiol cena netto 1op. ..38,00... zł cena brutto 1 op. ....41,04.. zł 200 mg a 50mg= ..4... amp ( ...4.. opak)												

leki muszą być refundowane przez NFZ

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 4</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	<b>GEMCYTABINA</b>	Gemsol 1000mg 40mg/ml 1 fiol 25ml	fiolki	1000mg	x	10000	0,0440	440,00	8%	35,20 zł	0,0475	475,20	Ebewe
1a	1op= ...1... szt. cena netto 1op = ....44,00.....zł cena brutto 1op =.....47,52.....zł 10000 mg a 1000mg = ...10..... fiolatek (....10.... opak)												

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 5</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	VINORELBINE	Neocitec 50mg 10mg/ml 1 fiol 5ml	amp./fiol	50 mg/ 5 ml	x	7 500	2,0000 zł	15 000,00 zł	8%	1 200,00 zł	2,1600 zł	16 200,00 zł	Ebewe
1a	1op=.....1..... szt cena netto 1op.....100,00..... cena brutto 1op.....108,00..... 7500 mg a 50mg/5ml =....150..... amp (..150... opak)												

Substancja czynna ma być aktualnie refundowana w raku płuc w obowiązującym obwieszczeniu MZ, zarejestrowana do leczenia w stopniu II, III i IV.

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 6</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	CARBOPLATIN	Carboplatin-EBW 450mg 10mg/ml 1fiol 45ml	amp./fiol	450mg/ 45ml	x	180 000	0,2000	36 000,00	8%	2 880,00	0,2160 zł	38 880,00	Ebewe
1a	1op= ...1. fiol cena netto 1op. .90,00.....zł cena brutto 1 op. ..97,20.....zł 180000 mg a 450mg/45ml= ..400...amp ( ...400...opak)												

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 7</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	CISPLATIN  1op= ...1.. szt cena netto 1op = .....42,00.....zł cena brutto 1op = .....45,36.....zł 30000 mg a 100mg = ...300.....amp (.....300..... opak)	Cisplatin-EBW 100mg 1 mg/ml 1 fiol 100ml	amp./fiol	100mg	x	30 000	0,4200	12 600,00	8%	1 008,00 zł	0,4536 zł	13 608,00	Ebewe

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki



## Załącznik nr 1 do oferty, SPR. BZP.3810.61.2021.KK

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto + VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 9</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	Aprepitant	Aprepitant SDZ 80+125 mg x 3 kaps.twarde	kaps./kaps. twarde	125mg+80mg +80mg	3	180	42,00	7 560,00 zł	8%	604,80	45,36 zł	8 164,80 zł	Sandoz

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 11</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	ETOPOSIDE	Etoposid-EBW 400mg 20mg/ml 1 fiol 20ml	<b>amp./fiol</b>	<b>400mg/20 ml</b>	<b>x</b>	<b>100000</b>	0,1400 zł	14 000,00 zł	8%	1 120,00 zł	0,1512 zł	15 120,00 zł	Ebewe
1a	1op= ...1... szt cena netto 1op -..56,00... zł cena brutto 1 op - ..60,48... zł 100000 mg a 400mg/20ml =..250....amp...250... opak)												

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 12</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	docetaxel	<b>Docetaxel-EBW 160mg 10mg/ml 1 fiol 16ml</b>	<b>fiolki koncentrat</b>	<b>160 mg</b>	x	<b>4 800</b>	0,7188	3 450,24	8%	276,02 zł	0,7763 zł	3 726,26	Ebewe

leki muszą być refundowane przez NFZ

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	PAKIET NR 17	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	FILGRASTIMUM	Zarzio 30MIU/0,5 ml	roztwór do wstrzykiwań	30mln j.m - 0,5 ml	x	30	200,00	6 000,00 zł	8%	480,00 zł	216,00 zł	6 480,00 zł	Sandoz
1a	1op=.....5.....szt. cena netto 1op =...200,00.....zł, cena brutto 1op =...216,00.....zł,												
2	FILGRASTIMUM	Zarzio 48MIU/0,5 ml	roztwór do wstrzykiwań	48 mln j.m- 0,5 ml	x	24	300,00	7 200,00 zł	8%	576,00 zł	324,00 zł		Sandoz
2a	1op=.....5.....szt. cena netto 1op =.....300,00.....zł, cena brutto 1op =...324,00.....zł,											7 776,00 zł	
SUMA								13 200,00 zł		1 056,00 zł		14 256,00 zł	

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. 1 mg netto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. 1 mg brutto w zł . Cena do 4 miejsc po przecinku	wartość brutto= wart. netto + VAT%	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 18</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	VINORELBINE	Neocitec 50mg 10mg/ml 1 fiol 5ml	amp./fiol	50 mg/ 5 ml	x	7 500	2,0000	15 000,00 zł	8%	1 200,00	2,1600 zł	16 200,00 zł	Ebewe
1a	1op=.....1..... szt cena netto 1op.....100,00..... cena brutto 1op.....108,00..... 7500 mg a 50mg/5ml =.....150..... amp (...150.. opak)												

Substancja czynna ma być aktualnie refundowana w raku płuc w obowiązującym obwieszczeniu MZ, zarejestrowana do leczenia w stopniu III i IV.

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 8			CYTOSTATYKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość mg.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 20</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
1	palitaxsel	Paclitaxel-EBW 300mg 6mg/ml 1 fiol 50ml	amp./fiol	300mg	1	21000	0,3667	7 700,70 zł	8%	616,06 zł	0,3960 zł	8 316,76 zł	Ebewe

Uwaga; wszystkie dawki danego leku oraz w tej samej postaci dla zgodności farmakologicznej i w danej postaci obligatoryjnie muszą być od jednego producenta.

Zamawiający żąda w zależności od potrzeby zamiany dawki danego leku do wartości umowy w danym pakiecie

lek z ceną wolną.....\*; lek z ceną urzędową .....TAK.....\*

\* niepotrzebne skreślić

grupa nr 8 - cytostatyki

**ZAŁACZNIK NR 1 DO OFERTY. SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 13			LEKI INNE										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 3</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1	Ferri hydroxidum saccharum	Venofer amp. iv 5 ml x 5 szt.	roztw. do wstrz i inf., amp.	100mg Fe3+/5ml	5	<b>5</b>	200,00	1 000,00	8%	80,00	216,00	1 080,00	

a/ leki z cenami wolnymi TAK

poz.

b/ leki z cenami urzędowymi

poz.

grupa nr 13 - leki stosowane w zaburzeniach gospodarki wodno -elektrolitowej, biopierwiastki, witaminy.

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY, SPR. BZP.3810.61.2021.KK**

GRUPA NR 14			LEKI Z PROGRAMÓW LEKOWYCH										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa leku	Postać	Dawka	Ilość w op. jed.	Ilość opakowań jed.	Cena jed. opak netto w zł	Wartość netto = ilość x cena netto	VAT%	VAT kwota w zł	Cena jed. opak brutto w zł	Wartość brutto = ilość x cena netto +VAT%	uwagi wykonawcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10a	11	12	13
	<b>PAKIET NR 5</b>	X	X	X	X	X	x	x	x	x	x	x	x
1	GEFITINIB	Gefitinib SDZ 250 mg x 30 tab.powl	tabl. powl.	250mg	30 tabl.	17	330,00 zł	5 610,00 zł	8	448,80 zł	356,40 zł	6 058,80 zł	

a/ leki z cenami wolnymi NIE poz.

b/ leki produkcji krajowej z cenami poz.



Szanowni Państwo,

Wybór naszej oferty **nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym jest mowa w art. 91 ust. 3a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

**Dane teleadresowe Wykonawcy**

Adres do korespondencji:

Lek S.A., Linia Szpitalna, ul. Domaniewska 50C, 02-672 Warszawa

Kontakt w sprawie oferty i zawarcia umowy

Monika Augustyniak – Starszy Specjalista ds. Przetargów

Tel (22) 209 6221

fax (22) 209 7004

e-mail: [monika.augustyniak@sandoz.com](mailto:monika.augustyniak@sandoz.com)

Składanie zamówień

Magdalena Baldys, Mirosław Tomaszewski

Tel. (22) 209-60-52,

Fax. (22) 209-70-07, (22) 209-70-08

e-mail: [zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com](mailto:zamowienia.szpitale-sandoz@sandoz.com)

Reklamacje

Małgorzata Kołodziejczyk

Tel. (42) 295 6348

Fax. (42) 295 7191

e-mail: [malgorzata.kolodziejczyk@sandoz.com](mailto:malgorzata.kolodziejczyk@sandoz.com)

~~W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, uprzejmie proszę aby~~ **niezwłocznie po przygotowaniu umowy przesłali Państwo drogą mailową informację zawierającą numer umowy i datę zawarcia.** Bez tej informacji, do momentu otrzymania umowy w wersji papierowej, nie jesteśmy w stanie prawidłowo wystawiać faktur do tej umowy, gdyż każda faktura powinna zawierać numer umowy i datę zawarcia.