

## LEKI

<b>Załącznik Nr 1-Opis Przedmiotu Zamówienia</b>				
<b>L.P.</b>	<b>PROPONOWANA NAZWA HANDLOWA LEKU, DAWKA, WILEKOŚĆ OPAKOWANIA*</b>	<b>NAZWA MIĘDZYNARODOWA</b>	<b>ILOŚĆ**</b>	<b>J.M.**</b>
<b>PAKIET 1 – LEKI I CPV 33600000-6</b>				
1		BISOPROLOL 1,25 MG X 28 TABL. POWL.	<b>10</b>	OP.
2		LACTOBACILLUS RHAMNOSUS LCR35 X 30 KAPS. OTWIERANYCH; ŚRODEK SPOŻYWCZY SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWNOŚCIOWEGO PRZEZNACZONY DLA NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZESNIE, NOWORODKÓW Z CESARCKIEGO CIĘCIA, NIEMOWIĄT NIEKARMIONYCH PIERSIĄ ORAZ PO ANTYBIOTYKOTERAPII; ZAWIERAJĄCY FRUKTOOLIGOSACHARYDY (FOS)	<b>25</b>	OP.
3		LERCANIDIPINE 10 MG X 28 TABL.	<b>8</b>	OP.
4		OXYCODONI H/CH 10 MG X 60 TABL.	<b>5</b>	OP.
5		THEOPHYLLINE 300 MG X 50 TABL. O PRZEDŁ. UWALN.	<b>8</b>	OP.
6		ZOLPIDEM 10 MG X 20 TABL.	<b>200</b>	OP.
<b>PAKIET 2 – LEKI II CPV 33600000-6</b>				
1		ATRACURIUM BESILATE 25 MG X 5 AMP.	<b>90</b>	OP.
2		ATRACURIUM BESILATE 50 MG X 5 AMP.	<b>235</b>	OP.
3		EPTIFIBATIDE 75 MG /100 ML FL	<b>20</b>	FL.
<b>PAKIET 3 – LEKI III CPV 33600000-6</b>				
1		REMIFENTANIL 1 MG X 5 AMP.	<b>33</b>	OP.

## LEKI

2		REMIFENTANIL 2 MG X 5 AMP.	6	OP.
<b>PAKIET 4 – LEKI IV CPV 33600000-6</b>				
1		ACETYLCYSTEINE 300 MG X 5 AMP.	500	OP.
2		ALUMINIUM ACETATE 1 G X 6 SZT. P.O.	370	OP.
3		AMBROXOL INJ. 0.015G/2ML X 10 AMP.	80	OP.
4		AMLODIPINE 10 MG X 30 SZT. P.O.	270	OP.
5		AMOXICILLIN + CLAVULANIC ACID 500 MG + 100 MG X 1 FIOL.	900	FIOL.
6		AMOXICILLIN + CLAVULANIC ACID 1000 MG + 200 MG X 1 FIOL.	10 000	FIOL.
7		AMOXICILLIN + CLAVULANIC ACID 500MG + 125 MG X 21 TABL. POWL.	240	OP.
8		BACITRACIN + NEOMYCIN 250 J.M.+5 MG/G MAŚĆ 20 G	12	OP.
9		BISOPROLOL FURMATE 10 MG X 30 SZT. P.O.	30	OP.
10		BISOPROLOL FURMATE 5 MG X 30SZT. P.O.	330	OP.
11		BROMOCRIPTINE MESYLATE 2,5 MG X 30 SZT. P.O.	5	OP.
12		DICLOFENAC 100 MG X 10 CZOP.	20	OP.
13		DICLOFENAC 50 MG X 10 CZOP.	3	OP.
14		DOBUTAMINA 250 MG FIOL.	220	FIOL
15		FERRUM POLYISOMALTOSE 50 MG Fe/5 ML SYROP 100 ML	2	FL.
16		FERRUM POLYISOMALTOSE 100MG FE(III)/2ML X 50 AMP	6	OP.
17		KETOPROFEN 100 MG X 30 SZT. P.O.	55	OP.
18		KETOPROFEN 100 MG/2 ML X10 AMP ( ZE WSKAZANIEM DO PODANIA I.V., I.M. )!	1 150	OP.

## LEKI

19		KETOPROFEN 50 MG X 30 SZT. P.O.	20	OP.
20		KETOPROFEN 2,5% ŻEL 50 G	2	OP.
21		VALSARTAN + HYDROCHLOROTIAZYDUM 160MG + 25 MG X 28 SZT. P.O.	6	OP.
22		VALSARTAN + HYDROCHLOROTIAZYDUM 160MG + 12,5 MG X 28 SZT. P.O.	6	OP.
23		VALSARTAN + HYDROCHLOROTIAZYDUM 80 MG + 12,5 MG X 28 SZT. P.O.	3	OP.
<b>PAKIET 5 – ALBUMINY/IMMUNOGLOBULINY CPV 33141540-7</b>				
1		HUMAN ALBUMIN 20 % 10 ML	2	SZT.
2		IMMUNOGLOBULIN HUMAN 5% 10 ML X 1 AMP. ( ZE WSKAZANIEM DO PODANIA DLA NOWORODKÓW )	2	SZT.
3		IMMUNOGLOBULIN HUMAN 6 G X 1 BUT. 250 ML	6	FL

\* W złożonych ofertach należy podać nazwę handlową preparatu, dawkę, wielkość opakowania.

\*\* W przypadku, gdy oferowane opakowanie leku zawiera inną ilość jednostek (tabletek, ampulek itp.) Wykonawca zobowiązany jest do przeliczenia ilości opakowań. Jeżeli po przeliczeniu otrzymana zostanie niepełna ilość opakowań – oferowaną ilość opakowań należy zaokrąglić do pełnego opakowania - w górę. W przypadku wyceny opakowań zamiast szt. lub odwrotnie należy przeliczyć ilość szt. i wpisać w kolumnie J.M. odpowiednią wycenianą j.m..

\*\*\* kod EAN – wymagany dla leków refundowanych

OPATR

Załącznik Nr 1-Opis Przedmiotu Zamówienia					
OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA					
L.P.	NR.	DŁ.NICI	RODZAJ IGŁY	J.M.	ILOŚĆ
<b>PAKIET 6 – proteza naczyń krwionośnych CPV 33184200-5</b>					
1			Proteza naczyń krwionośnych z ePTFE ( ekspandowany politetrafluoroetylen ), nieuzbrojona, powlekana heparyną niefrakcjonowaną ( pochodząca ze świńskiej błony śluzowej ), o standardowej grubości ściany, <b>średnica 6 mm, długość 200 mm</b>	Szt.	<b>3</b>