

**dostawa produktów leczniczych różnych**

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU****SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA****I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****Oficjalna nazwa:** [Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II](#)**Adres pocztowy:** [ul. Korczyńska 57](#)Miejscowość: [Krosno](#)Kod pocztowy: [38-400](#)Kraj: [Polska](#)**Punkt kontaktowy:**Tel.: [+48 13 43 78 497](#)Osoba do kontaktów: [Ewelina Granat](#)E-mail: [sezam.szpital@krosno.med.pl](mailto:sezam.szpital@krosno.med.pl)Faks: [+48 13 43 78 497](#)**Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)**Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): [www.krosno.med.pl](http://www.krosno.med.pl)

Adres profilu nabywcy (URL):

**Więcej informacji można uzyskać pod adresem:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.I

**Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.II

**Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać na adres:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.III

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="radio"/> Ogólne usługi publiczne             |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny   | <input type="radio"/> Obrona                              |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej   | <input type="radio"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny  | <input type="radio"/> Środowisko                          |
| <input checked="" type="radio"/> Podmiot prawa publicznego  | <input type="radio"/> Sprawy gospodarcze i finansowe      |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa                            | <input checked="" type="radio"/> Zdrowie                  |
| <input type="radio"/> Inne (proszę określić):   | <input type="radio"/> Budownictwo i obiekty komunalne     |
|   | <input type="radio"/> Ochrona socjalna                    |
|   | <input type="radio"/> Rekreacja, kultura i religia        |
|   | <input type="radio"/> Edukacja                            |
|   | <input type="radio"/> Inne (proszę określić):             |

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak  nie

**dostawa produktów leczniczych różnych****SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA****II.1) OPIS****II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą**

dostawa produktów leczniczych różnych

**II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług***(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)*

<input type="radio"/> <b>a) Roboty budowlane</b> <input type="radio"/> Wykonanie <input type="radio"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="radio"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą	<input checked="" type="radio"/> <b>b) Dostawy</b> <input checked="" type="radio"/> Kupno <input type="radio"/> Dzierżawa <input type="radio"/> Najem <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Połączenie powyższych form	<input type="radio"/> <b>c) Usługi</b> Kategoria usługi: nr <i>(dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)</i>
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy  Kod NUTS	Główne miejsce świadczenia usług

**II.1.3) Ogłoszenie dotyczy**

- Zamówienia publicznego  
 Zawarcia umowy ramowej  
 Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

**II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)**

<input type="radio"/> Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami Liczba <i>LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej</i>	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
--	---

**Czas trwania umowy ramowej:**

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

<b>Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):</b>	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
<i>LUB</i> Zakres: między                      a	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone <i>(jeżeli możliwe do określenia):</i> :	

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)**

Przedmiotem zamówienia jest: sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, produktów leczniczych różnych oraz wyrobów medycznych z podziałem na pakiety (części).

**dostawa produktów leczniczych różnych****II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	<b>33690000</b>	
<b>Dodatkowe przedmioty</b>	<b>33600000</b>	
	<b>33100000</b>	

**II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)**

tak  nie

**II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części

jednej lub więcej części

wszystkich części

**II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych**

tak  nie

**II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA****II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)**

Szczegółowy wielkość i zakres zamówienia zawiera informacja na temat części zamówienia

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN		
6063489.28		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):		
lub Zakres: między a		
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)

**II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM****III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA****III.1.1) Wymagane wadzia i gwarancje (jeżeli dotyczy)**

1. Oferta musi być zabezpieczona wadium w wysokości odpowiednio:

Pakiet 1 6 300,00 zł  
Pakiet 2 9 700,00 zł  
Pakiet 3 4 200,00 zł  
Pakiet 4 1 800,00 zł  
Pakiet 5 3 700,00 zł  
Pakiet 6 400,00 zł  
Pakiet 7 6 600,00 zł  
Pakiet 8 4 000,00 zł  
Pakiet 9 1 600,00 zł  
Pakiet 10 1 100,00 zł  
Pakiet 11 700,00 zł  
Pakiet 12 350,00 zł  
Pakiet 13 400,00 zł  
Pakiet 14 900,00 zł  
Pakiet 15 900,00 zł  
Pakiet 16 1 300,00 zł  
Pakiet 17 5 100,00 zł  
Pakiet 18 1 100,00 zł  
Pakiet 19 500,00 zł  
Pakiet 20 2 700,00 zł  
Pakiet 21 1 300,00 zł  
Pakiet 22 8 100,00 zł  
Pakiet 23 1 500,00 zł  
Pakiet 24 1 000,00 zł  
Pakiet 25 120,00 zł  
Pakiet 26 1 200,00 zł  
Pakiet 27 180,00 zł  
Pakiet 28 8 100,00 zł  
Pakiet 29 1 000,00 zł  
Pakiet 30 100,00 zł  
Pakiet 31 260,00 zł  
Pakiet 32 160,00 zł  
Pakiet 33 20,00 zł  
Pakiet 34 760,00 zł  
Pakiet 35 30,00 zł  
Pakiet 36 2 800,00 zł  
Pakiet 37 560,00 zł  
Pakiet 38 3 800,00 zł  
Pakiet 39 5 700,00 zł  
Pakiet 40 150,00 zł  
Pakiet 41 430,00 zł  
Pakiet 42 800,00 zł  
Pakiet 43 1 500,00 zł  
Pakiet 44 1 700,00 zł  
Pakiet 45 1 600,00 zł  
Pakiet 46 580,00 zł  
Pakiet 47 200,00 zł  
Pakiet 48 2 700,00 zł  
Pakiet 49 560,00 zł  
Pakiet 50 1 100,00 zł  
Pakiet 51 10 200,00 zł  
Pakiet 52 330,00 zł  
Pakiet 53 240,00 zł

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

Pakiet 54 120,00 zł  
Pakiet 55 270,00 zł  
Pakiet 56 1 100,00 zł  
Pakiet 57 30,00 zł  
Pakiet 58 4 600,00 zł  
Pakiet 59 1 900,00 zł  
Pakiet 60 500,00 zł  
Pakiet 61 420,00 zł  
Pakiet 62 14 400,00 zł  
Pakiet 63 1 100,00 zł  
Pakiet 64 230,00 zł  
Pakiet 65 660,00 zł  
Pakiet 66 80,00 zł  
Pakiet 67 110,00 zł  
Pakiet 68 1 700,00 zł  
Pakiet 69 330,00 zł  
Pakiet 70 1 200,00 zł  
Pakiet 71 100,00 zł  
Pakiet 72 350,00 zł  
Pakiet 73 300,00 zł  
Pakiet 74 4 000,00 zł  
Pakiet 75 230,00 zł  
Pakiet 76 300,00 zł  
Pakiet 77 2 600,00 zł  
Pakiet 78 1 500,00 zł  
Pakiet 79 1 400,00 zł

2. Wadium musi być wniesione przed upływem terminu składania ofert.

3. Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:

a) w pieniądzu na konto Szpitala (decyduje termin uznania rachunku Zamawiającego):

Podkarpacki Bank Spółdzielczy

nr 05 8642 1083 2002 8304 2474 0004

b) w poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym,

c) w gwarancjach bankowych,

d) w gwarancjach ubezpieczeniowych,

e) w poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt. 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 roku o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości.

4. Jeżeli wadium zostanie wniesione w pieniądzu, przelewem, Wykonawca dołącza do oferty kserokopię wpłaty wadium z potwierdzeniem dokonanego przelewu. Na poleceniu przelewu należy wpisać: „Wadium - przetarg na dostawę produktów leczniczych różnych - numer sprawy NZ/215/39/2010”. W pozostałych przypadkach wymagane jest dołączenie do oferty oryginału dokumentu wystawionego na rzecz Zamawiającego, który należy dostarczyć do siedziby zamawiającego w kopercie z dopiskiem:

„ WADIUM NR NZ/215/39/2010”

**NIE PÓŹNIEJ JEDNAK NIŻ DO DNIA 24.06.2010 R. DO GODZ. 10.00**

**I ZŁOŻYĆ W SIEDZIBIE ZAMAWIAJĄCEGO PRZY ULICY KORCZYŃSKIEJ 57, 38-400 KROSNO W SEKRETARIACIE (POK. 275) KOPIĘ W/W DOKUMENTU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ DO OFERTY (JAKO ZAŁĄCZNIK)**

Dokumenty, o których mowa powyżej muszą zachowywać ważność przez cały okres, w którym Wykonawca jest związany ofertą.

5. Wniesienie wadium w pieniądzu będzie skuteczne, jeżeli w podanym terminie znajdzie się na rachunku bankowym Zamawiającego.

6. Z treści gwarancji (poręczenia) musi jednoznacznie wynikać jaki jest sposób reprezentacji Gwaranta. Gwarancja (poręczenie) musi być podpisana przez upoważnionego (upelnomocnionego) przedstawiciela Gwaranta. Podpis winien być sporządzony w sposób umożliwiający jego identyfikację np. złożony wraz z imienną pieczętką lub czytelny (z podaniem imienia i nazwiska).

Z treści gwarancji (poręczenia) winno wynikać bezwarunkowe, na każde pisemne żądanie zgłoszone przez Zamawiającego w terminie związania ofertą, zobowiązanie Gwaranta do wypłaty Zamawiającemu pełnej kwoty wadium w okolicznościach określonych w art. 46 ust. 4a i ust. 5 ustawy.

7. Przy wnoszeniu wadium Wykonawca winien powołać się na numer i nazwę sprawy, której wadium dotyczy.

**dostawa produktów leczniczych różnych**

8. Wykonawca, którego oferta nie zostanie zabezpieczona wadium w wymaganej wysokości, dopuszczonej formie, w określonym terminie i na wymagany okres, zostanie wykluczony a jego ofertę Zamawiający uzna za odrzuconą.

9. Zamawiający zwróci wadium wszystkim wykonawcom niezwłocznie po wyborze oferty najkorzystniejszej lub unieważnieniu postępowania, z wyjątkiem wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, z zastrzeżeniem punktów 10 i 11. Wykonawcy, którego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza, zamawiający zwróci wadium niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego oraz wniesieniu zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

10. Zamawiający zwróci niezwłocznie wadium, na wniosek wykonawcy, który wycofał ofertę przed upływem terminu składania ofert.

11. Zamawiający zażąda ponownego wniesienia wadium przez wykonawcę, któremu zwrócono wadium na podstawie punktu 9, jeżeli w wyniku rozstrzygnięcia odwołania jego oferta została wybrana jako najkorzystniejsza. Wykonawca wniesie wadium w terminie określonym przez zamawiającego.

12. Zamawiający zatrzyma wadium wraz z odsetkami, jeżeli wykonawca w odpowiedzi na wezwanie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy, nie złożył dokumentów lub oświadczeń, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy, lub pełnomocnictw, chyba że wykonawca udowodni, że wynika to z przyczyn nieleżących po jego stronie.

13. Zamawiający zatrzyma wadium wraz z odsetkami, jeżeli wykonawca, którego oferta została wybrana:

- a) odmówił podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie;
- b) nie wniósł wymaganego zabezpieczenia należytego wykonania umowy;
- c) zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie wykonawcy.

14. Dokładnie należy podać w ofercie sposób w jaki Zamawiający ma zwrócić wniesione wadium tj. adres banku, numer konta itd. !!! (w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu).

**III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących**

Wymagany minimalny termin płatności wynosi 30 dni.

**III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie (jeżeli dotyczy)**

konsorcjum, przedsiębiorcy prowadzący działalność w formie spółki cywilnej

**III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, opis szczególnych warunków

A) Zamawiający wymaga , aby zaoferowane produkty były dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności wymagana jest dopuszczenie do obrotu i używania oraz potwierdzona zgodność oferowanych produktów z wymogami ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne ( tekst jednolity, Dz. U. z 2008, Nr 45, poz. 271), ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 93 poz. 896), ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2007 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy - odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający żąda:

- w zakresie dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z obowiązującymi w tej mierze wymogami prawnymi: stosownego oświadczenia o dopuszczeniu do obrotu zaoferowanych produktów leczniczych/ wyrobów medycznych/ środków żywieniowych specjalnego przeznaczenia/ innych zgodnie zobowiązującymi w tej mierze przepisami prawa (wzór oświadczenia zawiera załącznik nr 1 do siwz– formularz ofertowy)

- w pakiecie nr 16 poz. nr 1 i 2 – próbki przedmiotu zamówienia, po jednej fiolce dla poz. nr 1 i nr 2. Próbkę należy dostarczyć najpóźniej niż przed upływem terminu składania ofert, o którym mowa w części 7 siwz (pkt. 7.3.) do Apteki Szpitalnej, ul. Korczyńska 57

- w pakiecie nr 54 dla oferowanego wyrobu medycznego Zamawiający żąda przedłożenia dokumentów odpowiednio do poniższego:

1. Produkty zakwalifikowane jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z 20.04.2004 r. o wyrobach medycznych:

- a) dla wszystkich klas wyrobu medycznego – odpowiednia deklaracja zgodności,
- b) dla następujących klas wyrobu medycznego: klasa I sterylne, klasa I z funkcją pomiarową, klasa IIa, klasa IIB, klasa III - certyfikat zgodności wyrobu z wymaganiami zasadniczymi dla danych wyrobów medycznych wydany przez uprawnioną jednostkę notyfikowaną
- c) dla wszystkich klas wyrobu medycznego, za wyjątkiem klasy I i IIa gdy pierwsze jego wprowadzenie do obrotu i stosowania nastąpiło w innym niż Polska kraju Unii Europejskiej ( w takim przypadku należy złożyć stosowne



## dostawa produktów leczniczych różnych

oświadczenie), zgodnie z przepisami powołanej na wstępie ustawy o wyrobach medycznych - świadectwo zgłoszenia (wpis) w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych 2. w przypadku dołączenia dokumentów innych niż wymienione w pkt. powyżej, a uwzględnionych w szczególności w przepisach przejściowych ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Wyrobach Medycznych, Wykonawca składając te dokumenty musi dołączyć do oferty stosowne wyjaśnienie;

### III.2) WARUNKI UDZIAŁU

#### III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

W postępowaniu mogą wziąć udział wykonawcy, którzy spełniają warunki, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych,

Warunek udziału w postępowaniu:

posiadanie uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania

Opis sposobu dokonania oceny spełniania przez Wykonawcę warunku udziału w postępowaniu:

Wykonawca złoży oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz dokumenty na potwierdzenie, że Wykonawca posiada uprawnienia do prowadzenia działalności w zakresie obrotu produktami leczniczymi tj. zezwolenie na prowadzenie obrotu produktami leczniczymi; \*

Ocena spełnienia odbędzie się na podstawie oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz na podstawie dokumentów złożonych na potwierdzenia posiadania przez Wykonawcę uprawnień do prowadzenia działalności w zakresie obrotu produktami leczniczymi tj. zezwolenie na prowadzenie obrotu produktami leczniczymi; \*

Informacja o oświadczeniach i / lub dokumentach jakie ma dostarczyć Wykonawca w celu wykazania spełniania warunku::

1) Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych (którego wzór stanowi załącznik nr 4 do siwz);

2) kopia ważnego zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, a w przypadku składania oferty na leki psychotropowe i odurzające – odpowiednio wymagane zezwolenie;

3) kopia ważnego zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF) na wytwarzanie produktów leczniczych jeżeli Wykonawca jest wytwórcą;

4) w przypadku Wykonawcy prowadzącego skład konsygnacyjny – kopia zezwolenia na prowadzenie składu konsygnacyjnego zawierające uprawnienie przyznane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie obrotu produktami leczniczymi;

\* W przypadku oferowania rzeczy zakwalifikowanych wyłącznie jako wyroby medyczne zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych dnia 20 kwietnia 2004 r. (dz. U. Nr 93 poz. 896 ) lub innych niż wyroby medyczne i braku konieczności posiadania przez wykonawcę koncesji, zezwoleń lub licencji na podjęcie i prowadzenie działalności gospodarczej w tym zakresie, Zamawiający stosownie do powyższego nie wymaga posiadania koncesji, zezwoleń lub licencji i złożenia na potwierdzenie tegoż odpowiednich dokumentów, aczkolwiek wymaga złożenia wraz z ofertą stosownego oświadczenia.

Warunek (podmiotowy) udziału

Warunek udziału w postępowaniu: posiadanie wiedzy i doświadczenia; Opis sposobu dokonania oceny spełniania przez Wykonawcę warunku udziału w postępowaniu:

Wykonawca złoży oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Ocena spełnienia odbędzie się na podstawie oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Informacja o oświadczeniach i / lub dokumentach jakie ma dostarczyć Wykonawca w celu wykazania spełniania warunku:

1) Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych (którego wzór stanowi załącznik nr 4 do siwz)

Warunek udziału w postępowaniu: dysponowanie odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia; Opis sposobu dokonania oceny spełniania przez Wykonawcę warunku udziału w postępowaniu: Wykonawca złoży oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Ocena spełnienia odbędzie się na podstawie oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

**dostawa produktów leczniczych różnych**

Informacja o oświadczeniach i / lub dokumentach jakie ma dostarczyć Wykonawca w celu wykazania spełnienia warunku:

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych (którego wzór stanowi załącznik nr 4 do siwz)

Warunek udziału w postępowaniu: spełnianie warunku dotyczącego sytuacji ekonomicznej i finansowej; Opis sposobu dokonania oceny spełnienia przez Wykonawcę warunku udziału w postępowaniu:

Wykonawca złoży oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz w zakresie znajdowania się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie Zamówienia Ocena spełnienia odbędzie się na podstawie oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych. Informacja o oświadczeniach i / lub dokumentach jakie ma dostarczyć Wykonawca w celu wykazania spełnienia warunku:

1. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia, o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych (którego wzór stanowi załącznik nr 4 do siwz)

Warunek udziału w postępowaniu: Niepodleganie wykluczeniu z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych. Zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy prawo zamówień publicznych z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się:

1) wykonawców, którzy wyrządzili szkodę, nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie, jeżeli szkoda ta została stwierdzona orzeczeniem sądu, które uprawomocniło się w okresie 3 lat przed wszczęciem postępowania;

2) wykonawców, w stosunku do których otwarto likwidację lub których upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawców, którzy po ogłoszeniu upadłości zawarli układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego;

3) wykonawców, którzy zalegają z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, z wyjątkiem przypadków gdy uzyskali oni przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie, rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;

4) osoby fizyczne, które prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;

5) spółki jawne, których wspólnika prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;

6) spółki partnerskie, których partnera lub członek zarządu prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;

7) spółki komandytowe oraz spółki komandytowo-akcyjne, których komplementariusza prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;

8) osoby prawne, których urzędującego członka organu zarządzającego prawomocnie skazano za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego;

9) podmioty zbiorowe, wobec których sąd orzekł zakaz ubiegania się o zamówienia na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

Opis sposobu dokonania oceny spełnienia przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu:

## dostawa produktów leczniczych różnych

1. Wykonawca złoży oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

2. aktualny odpis z właściwego rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, a osoba fizyczna złoży oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.

3. Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust.1 pkt 4-8 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

4. Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy (dla podmiotów zbiorowych), wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

5. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji organu podatkowego, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert ( art. 24 ust.1 1 pkt. 3 ustawy)

6. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu , wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert ( art. 24 ust.1 1 pkt. 3 ustawy)

Jeżeli Wykonawca wykazując spełnianie warunku określonego w art. 22 ust.1 polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, a podmioty te będą brały w realizacji części zamówienia, Wykonawca jest zobowiązany do przedstawienia w odniesieniu do tych podmiotów dokumentów wymienionych w pkt. od 1 do 6.

W przypadku oferty złożonej przez podmioty występujące wspólnie, dokumenty wymienione w punktach od 2 do 6. składa każdy z podmiotów - samodzielnie.

W przypadku wykonawcy mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ,jeżeli osoby, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5–8 ustawy Prawo zamówień publicznych mają miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wykonawca składa w odniesieniu do nich zaświadczenie właściwego organu sądowego albo administracyjnego miejsca zamieszkania dotyczące niekaralności tych osób w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 5–8 ustawy Prawo zamówień publicznych, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, z tym że w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania tych osób nie wydaje się takich zaświadczeń – zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego miejsca zamieszkania tych osób.

Gdy wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w punktach 2–6 składa odpowiednio:

1. dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:

a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości;

b) nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;

c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie;

2. zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4–8 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Ocena spełnienia odbędzie się na podstawie oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz na podstawie analizy treści aktualnych dokumentów, o których mowa powyżej.

Informacja o oświadczeniach i / lub dokumentach jakie ma dostarczyć Wykonawca w celu wykazania spełniania warunku:

1. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust.1 ustawy Prawo zamówień publicznych

( którego wzór stanowi załącznik nr 5 do siwz)

2. Oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem aktualnego odpisu z właściwego rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, a w przypadku osób fizycznych oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.

## dostawa produktów leczniczych różnych

3. Oryginał lub kopia aktualnego aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust.1 pkt 4-8 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

4. Oryginał lub kopia aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy (dla podmiotów zbiorowych), wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

5. Oryginał lub kopia aktualnego zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji organu podatkowego, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert ( art. 24 ust.1 1 pkt. 3 ustawy)

6. Oryginał lub kopia aktualnego zaświadczenia właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu , wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert ( art. 24 ust.1 1 pkt. 3 ustawy)

Jeżeli Wykonawca wykazując spełnianie warunku określonego w art. 22 ust.1 polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy Pzp, a podmioty te będą brały w realizacji części zamówienia, Wykonawca jest zobowiązany do przedstawienia w odniesieniu do tych podmiotów dokumentów wymienionych w pkt. od 1 do 6.

W przypadku oferty złożonej przez podmioty występujące wspólnie, dokumenty wymienione w punktach od 2 do 6. składa każdy z podmiotów - samodzielnie.

W przypadku wykonawcy mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli osoby, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 5-8 ustawy Prawo zamówień publicznych mają miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wykonawca składa w odniesieniu do nich zaświadczenie właściwego organu sądowego albo administracyjnego miejsca zamieszkania dotyczące niekaralności tych osób w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 5-8 ustawy Prawo zamówień publicznych, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, z tym że w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania tych osób nie wydaje się takich zaświadczeń – zastępuje się je dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego miejsca zamieszkania tych osób.

Gdy wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w punktach 2-6 składa odpowiednio:

1. dokument lub dokumenty, wystawione w kraju, w którym ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:

- a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości;
- b) nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
- c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie;

2. zaświadczenie właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania albo zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy Prawo zamówień publicznych.

### III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów (jeżeli dotyczy):
---	---

### III.2.3) Zdolność techniczna

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów (jeżeli dotyczy):
---	---

### III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)

tak  nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI****III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

tak  nie

**Jeżeli tak**, odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

**III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi**

tak  nie

**dostawa produktów leczniczych różnych****SEKCJA IV: PROCEDURA****IV.1) RODZAJ PROCEDURY****IV.1.1) Rodzaj procedury**

<input checked="" type="radio"/> Otwarta	
<input type="radio"/> Ograniczona	
<input type="radio"/> Ograniczona przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Negocjacyjna	Kandydaci zostali już zakwalifikowani <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <b>Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców</b> Informacje Dodatkowe
<input type="radio"/> Negocjacyjna przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Dialog konkurencyjny	

**IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)**

Przewidywana liczba wykonawców
LUB Przewidywana minimalna liczba            a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba
Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

**IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)**

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

tak  nie

**dostawa produktów leczniczych różnych****IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA****IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia** (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

**IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna**

tak  nie

**Jeżeli tak**, proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

**IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE****IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą** (jeżeli dotyczy)

NZ/215/39/2010

**IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia**

tak  nie

**Jeżeli tak**,

<input type="radio"/> Wstępne ogłoszenie informacyjne	<input type="radio"/> Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.:	z dnia (dd/mm/rrrr)
<input type="radio"/> Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)	

**IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych** (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów	
Data: 23/06/2010 (dd/mm/rrrr)	Godzina: 14:35
Dokumenty odpłatne	
<input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie	
<b>Jeżeli tak</b> , Cena (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
Warunki i sposób płatności:	



**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 24/06/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:00

**IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia): (w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)**

Data: (dd/mm/rrrr)

**IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

ES	CS	DA	DE	ET	EL	EN	FR	IT	LV	LT	HU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	FI	SV
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

inny:

**IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)**

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

**IV.3.8) Warunki otwarcia ofert**

Data: 24/06/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 11:00

Miejsce (jeżeli dotyczy): [Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, pok. nr 101](#)

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

 tak  nie

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** (jeżeli dotyczy)

tak  nie

Jeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

**VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH**

tak  nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów:

**VI.3) INFORMACJE DODATKOWE** (jeżeli dotyczy)**VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE****VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa:	<a href="#">Prezes Krajowej Izby Odwoławczej</a>	Kod pocztowy:	<a href="#">02-676</a>
Adres pocztowy:	<a href="#">ul. Postępu 17a</a>	Tel.:	<a href="#">224587801</a>
Miejscowość:	<a href="#">Warszawa</a>	Faks:	<a href="#">224587800</a>
Kraj:	<a href="#">Polska</a>	Adres internetowy (URL):	<a href="http://www.uzp.gov.pl">http://www.uzp.gov.pl</a>
E-mail:	<a href="mailto:odwolania@uzp.gov.pl">odwolania@uzp.gov.pl</a>		

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne** (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa:		Kod pocztowy:	
Adres pocztowy:		Tel.:	
Miejscowość:		Faks:	
Kraj:			
E-mail:			
Adres internetowy (URL):			

**VI.4.2) Składanie odwołań** (proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia - jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 27 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych albo w terminie 15 dni jeżeli zostały przesłane w inny sposób odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu wnosi, a jeżeli postępowanie jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego także wobec postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia na stronie internetowej zamawiającego. Odwołanie wobec czynności innych niż ww. wnosi się w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:***14/05/2010 (dd/mm/rrrr)*

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**ZAŁĄCZNIK A****DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod  
pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod  
pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod  
pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 1 NAZWA leki różne I****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych: ARGOSULFAN KREM 2% x 40 G  
ATECORTIN ZAWIESINA 5 ML x1  
CALCIUM PANTOTHENICUM TABL. 0,1 G x 50 TABL.  
CHLORSUCCILLIN INJ. 0,2 G x 10 AMP.  
CIMETIDINUM INJ. 0,2 G/2 ML x 10 AMP.  
COCARBOXYLASUM INJ. 0,05 G x 5 AMP.  
CORHYDRON INJ. 0,025 G + 2 ML x 5 AMP.  
CORHYDRON INJ. 0,1 G / 2 ML x 5 AMP.  
CORHYDRON INJ. 0,25 G / 2 ML x 5 AMP.  
CORTINEFF MAŚĆ OCZNA 0,1% /3 G x 1  
DEPO-MEDROL INJ. 0,04 G/1 ML x 1 AMP.  
DEXAVEN INJ. 0,004 G/1 ML x 10 AMP.  
DEXAVEN INJ. 0,008 G/2 ML x 10 AMP.  
DIABEZID TABL. 0,08 G x 60 TABL.  
DICORTINEFF MAŚĆ OCZNA 3 G x 1  
DIPHERGAN INJ. 0,05 G/2 ML x 10 AMP.  
DIPHERGAN DRAŻ. 0,01 G x 20  
DIPHERGAN DRAŻ. 0,025 G x 20  
FENACTIL DRAŻ. 0,025 G x 20  
FENICORT INJ. 0,025 G x 10 AMP.  
FLUCINAR MAŚĆ 15 G x 1  
GENTAMICIN MAŚĆ DO OCZU 0,3% /3 G x 1  
HYDROCORTISONUM KREM 1% x 15  
HYDROCORTISONUM TABL. 0,02 G x 20  
HYDROCORTISONUM ACETICUM INJ. 0,125 G/5 ML x 10  
IPOREL TABL. 0,075 MG x 50 TABL.  
KAPROGEST INJ. 0,25 G/2 ML x 5 AMP.  
LATICORT LOTIO 0,1% x20 ML  
LIGNOCAINUM HYDROCHLORICUM A ŻEL 2%-30 G x 1  
LIGNOCAINUM HYDROCHLORICUM U ŻEL 2%-30 G x 1  
LORINDEN A MAŚĆ 15 G  
LORINDEN C MAŚĆ 15 G  
MECORTOLON KREM 0,5% x 10 G  
NEFOPAM TABL. POWL. 0,03 G x 20  
NEFOPAM 1% INJ. 0,02 G/2 ML (1%) x 10 AMP.  
NEFOPAM 2% INJ. 0,04 G/2 ML (2%) x 10 AMP.  
NEOMYCIN MAŚĆ 0,5% 3 G x 1  
NEO-PANCREATINUM TABL. X 30  
NOOTROPIL INJ. 1 G/5 ML x 12 AMP.  
PANCURONIUM INJ. 0,004 G/2 ML x10 AMP.  
PROGESTERONUM INJ. 0,025 G/1 ML x 5 AMP.  
SACHOL ŻEL 10 G x 1  
THIORIDAZIN DRAŻ. 0,025 G x 20 DRAŻ.  
THIORIDAZIN DRAŻ. 0,1 G x 20 DRAŻ.  
VRATIZOLIN KREM 3% x 15 G  
VRATLIZOLIN KREM 3% 3G

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**dostawa produktów leczniczych różnych****3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ARGOSULFAN KREM 2% x 40 G OP. 570  
 ATECORTIN ZAWIESINA 5 ML x1 OP. 340  
 CALCIUM PANTOTHENICUM TABL. 0,1 G x 50 TABL. OP. 2  
 CHLORSUCCILLIN INJ. 0,2 G x 10 AMP. OP. 310  
 CIMETIDINUM INJ. 0,2 G/2 ML x 10 AMP. OP. 90  
 COCARBOXYLASUM INJ. 0,05 G x 5 AMP. OP. 2040  
 CORHYDRON INJ. 0,025 G + 2 ML x 5 AMP. OP. 380  
 CORHYDRON INJ. 0,1 G / 2 ML x 5 AMP. OP. 2740  
 CORHYDRON INJ. 0,25 G / 2 ML x 5 AMP. OP. 30  
 CORTINEFF MAŚĆ OCZNA 0,1% /3 G x 1 OP. 4  
 DEPO-MEDROL INJ. 0,04 G/1 ML x 1 AMP. FL. 130  
 DEXAVEN INJ. 0,004 G/1 ML x 10 AMP. OP. 800  
 DEXAVEN INJ. 0,008 G/2 ML x 10 AMP. OP. 740  
 DIABEZID TABL. 0,08 G x 60 TABL. OP. 3  
 DICORTINEFF MAŚĆ OCZNA 3 G x 1 OP. 10  
 DIPHERGAN INJ. 0,05 G/2 ML x 10 AMP. OP. 100  
 DIPHERGAN DRAŻ. 0,01 G x 20 OP. 70  
 DIPHERGAN DRAŻ. 0,025 G x 20 OP. 8  
 FENACTIL DRAŻ. 0,025 G x 20 OP. 3  
 FENICORT INJ. 0,025 G x 10 AMP. OP. 690  
 FLUCINAR MAŚĆ 15 G x 1 OP. 580  
 GENTAMICIN MAŚĆ DO OCZU 0,3% /3 G x 1 OP. 4  
 HYDROCORTISONUM KREM 1% x 15 OP. 95  
 HYDROCORTISONUM TABL. 0,02 G x 20 OP. 55  
 HYDROCORTISONUM ACETICUM INJ. 0,125 G/5 ML x 10 OP. 7  
 IPOREL TABL. 0,075 MG x 50 TABL. OP. 3  
 KAPROGEST INJ. 0,25 G/2 ML x 5 AMP. OP. 125  
 LATICORT LOTIO 0,1% x20 ML OP. 380  
 LIGNOCAINUM HYDROCHLORICUM A ŻEL 2%-30 G x 1 OP. 850  
 LIGNOCAINUM HYDROCHLORICUM U ŻEL 2%-30 G x 1 OP. 1500  
 LORINDEN A MAŚĆ 15 G OP. 4  
 LORINDEN C MAŚĆ 15 G OP. 3  
 MECORTOLON KREM 0,5% x 10 G OP. 3  
 NEFOPAM TABL. POWL. 0,03 G x 20 OP. 18  
 NEFOPAM 1% INJ. 0,02 G/2 ML (1%) x 10 AMP. OP. 6  
 NEFOPAM 2% INJ. 0,04 G/2 ML (2%) x 10 AMP. OP. 6  
 NEOMYCIN MAŚĆ 0,5% 3 G x 1 OP. 5  
 NEO-PANCREATINUM TABL. X 30 OP. 5  
 NOOTROPIL INJ. 1 G/5 ML x 12 AMP. OP. 390  
 PANCURONIUM INJ. 0,004 G/2 ML x10 AMP. OP. 340  
 PROGESTERONUM INJ. 0,025 G/1 ML x 5 AMP. OP. 4  
 SACHOL ŻEL 10 G x 1 OP. 4  
 THIORIDAZIN DRAŻ. 0,025 G x 20 DRAŻ. OP. 3  
 THIORIDAZIN DRAŻ. 0,1 G x 20 DRAŻ. OP. 3  
 VRATIZOLIN KREM 3% x 15 G OP. 20  
 VRATLIZOLIN KREM 3% 3G OP. 30

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
250737.50

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12

lub dniach:

(od udzielenia zamówienia)

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

<i>LUB</i>	<i>(dd/mm/rrrr)</i>
Rozpoczęcie	
Zakończenie	<i>(dd/mm/rrrr)</i>

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (2)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 2 NAZWA leki różne II****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ALFADIOL KAPS. 0,25 MCG x 100

ALFADIOL KAPS. 0,001 MG x 100

AMPHOCIL INJ. 0,05 G x 1 FIOL.

AUGMENTIN INJ. 2,2 G x 1 FIOL.

BACTROBAN MAŚĆ 2% 15 G

BISACODYL CZOPKI 0,01 G x 5

BUTAPIRAZOL CZOPKI 0,25 G x 5

BUTAPIRAZOL MAŚĆ 5% x 30 G

CLOTRIMAZOLUM KREM 1% x 20 G

CLOTRIMAZOLUM TABL. DOPO 0,1 G x 6

CUROSURF ZAWIESINA 120 MG / 1,5 ML x 2

DICLOFENAC CZOPKI 0,05 G x 10

DICLOFENAC CZOPKI 0,1 G x 10

FENOTEROL TABL. 0,005 G x 100

FLIXOTIDE AEROZOL 50 MCG/DAWKĘ X 120 DAWEK

FLIXOTIDE DYSK PROSZEK 0,25 G x 60

FLIXOTIDE DYSK PROSZEK 0.5 G x 60

FLIXOTIDE NEB 2 MG / 2ML x 10 AMP.

FORTUM INJ. 1 G x 1 ( CEFTAZIDIM )

FORTUM MONOV. 1 G INJ. + 0,9% NACL 100 ML x 1 KPL.

FRAXIPARINE INJ. 2850 J.M. / 0,3 ML x 10 AMP.

FRAXIPARINE INJ. 3800 J.M. / 0,4 ML x 10 AMP.

FRAXIPARINE INJ. 5700 J.M. / 0,6 ML x 10 AMP.

FRAXIPARINE INJ. 7600 J.M. / 0,8 ML x 10 AMP.

FRAXIPARINE INJ. 9500 J.M./1,0 ML x 10 AMP.

FRAXIPARINE MULTI INJ. 47500 J.M.Axa / 5 ML X 10 FIOL. + MINI SPIKE PLUS V X 10 SZT. + STRZYKAWKI

PRECYZYJNE "tuberkulinówki" 1 ML Z PODZIAŁKĄ CO 0,1 ML + IGŁY 25G X 100 SZT.

FRAXODI 11 400 J.M./0,6 ML x 10 AMP.

FRAXODI 15 200 J.M./0,8 ML x 10 AMP.

FRAXODI 19000 J.M. /1 ML X 10 AMP.

HEMOFER PROLONGATUM DRAŻ. x 30

KALIPOZ PROLONGATUM TABL. 0,75 G x 30 TABL.

LITHIUM CARBONICUM 0,25 G x 60

METRONIDAZOL CZOPKI 0,5 G x 10

NIMBEX INJ. 2 MG / 1 ML - 5 ML x 5 AMP.

RETROVIR KAPS. 0,1 G X 100 KAPS

SEREVENT DISK 50 MCG X 60 DAW.

THEOVENT 100 TABL. 0,1 G x 30

THEOVENT 300 TABL. 0,3 G x 50

TIMENTIN INJ. 1,6 G x 10 FIOL.

TRACRIUM INJ. 0,025 G / 2,5 ML x 5

TRACRIUM INJ. 0,05 G / 5 ML x 5

VENTOLIN AMP. 2,5 MG/2,5 ML X 20

VENTOLIN AEROZOL 100 MCG /\*200 DAWEK

ZINACEF INJ. 0,75 G X 10 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	



**dostawa produktów leczniczych różnych****3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ALFADIOL KAPS. 0,25 MCG x 100 OP. 47  
 ALFADIOL KAPS. 0,001 MG x 100 OP. 3  
 AMPHOCIL INJ. 0,05 G x 1 FIOL. FL. 65  
 AUGMENTIN INJ. 2,2 G x 1 FIOL. FL. 10  
 BACTROBAN MAŚĆ 2% 15 G OP. 85  
 BISACODYL CZOPKI 0,01 G x 5 OP. 860  
 BUTAPIRAZOL CZOPKI 0,25 G x 5 OP. 3  
 BUTAPIRAZOL MAŚĆ 5% x 30 G OP. 54  
 CLOTRIMAZOLUM KREM 1% x 20 G OP. 350  
 CLOTRIMAZOLUM TABL. DOPO 0,1 G x 6 OP. 110  
 CUROSURF ZAWIESINA 120 MG / 1,5 ML x 2 OP. 12  
 DICLOFENAC CZOPKI 0,05 G x 10 OP. 310  
 DICLOFENAC CZOPKI 0,1 G x 10 OP. 280  
 FENOTEROL TABL. 0,005 G x 100 OP. 50  
 FLIXOTIDE AEROZOL 50 MCG/DAWKĘ X 120 DAWEK OP. 8  
 FLIXOTIDE DYSK PROSZEK 0,25 G x 60 OP. 2  
 FLIXOTIDE DYSK PROSZEK 0.5 G x 60 OP. 2  
 FLIXOTIDE NEB 2 MG / 2ML x 10 AMP. OP. 2  
 FORTUM INJ. 1 G x 1 ( CEFTAZIDIM ) FL. 2700  
 FORTUM MONOV. 1 G INJ. + 0,9% NAACL 100 ML x 1 KPL. KPL. 3100  
 FRAXIPARINE INJ. 2850 J.M. / 0,3 ML x 10 AMP. OP. 1000  
 FRAXIPARINE INJ. 3800 J.M. / 0,4 ML x 10 AMP. OP. 650  
 FRAXIPARINE INJ. 5700 J.M. / 0,6 ML x 10 AMP. OP. 540  
 FRAXIPARINE INJ. 7600 J.M. / 0,8 ML x 10 AMP. OP. 60  
 FRAXIPARINE INJ. 9500 J.M./1,0 ML x 10 AMP. OP. 8  
 FRAXIPARINE MULTI INJ. 47500 J.M.Axa / 5 ML X 10 FIOL. + MINI SPIKE PLUS V X 10 SZT. + STRZYKAWKI  
 PRECYZYJNE "tuberkulinówki" 1 ML Z PODZIAŁKĄ CO 0,1 ML + IGŁY 25G X 100 SZT. OP. 65  
 FRAXODI 11 400 J.M./0,6 ML x 10 AMP. OP. 5  
 FRAXODI 15 200 J.M./0,8 ML x 10 AMP. OP. 5  
 FRAXODI 19000 J.M. /1 ML X 10 AMP. OP. 5  
 HEMOFER PROLONGATUM DRAŻ. x 30 OP. 32  
 KALIPOZ PROLONGATUM TABL. 0,75 G x 30 TABL. OP. 250  
 LITHIUM CARBONICUM 0,25 G x 60 OP. 14  
 METRONIDAZOL CZOPKI 0,5 G x 10 OP. 4  
 NIMBEX INJ. 2 MG / 1 ML - 5 ML x 5 AMP. OP. 65  
 RETROVIR KAPS. 0,1 G X 100 KAPS OP. 1  
 SEREVENT DISK 50 MCG X 60 DAW. OP. 5  
 THEOVENT 100 TABL. 0,1 G x 30 OP. 38  
 THEOVENT 300 TABL. 0,3 G x 50 OP. 125  
 TIMENTIN INJ. 1,6 G x 10 FIOL. OP. 3  
 TRACRIUM INJ. 0,025 G / 2,5 ML x 5 OP. 190  
 TRACRIUM INJ. 0,05 G / 5 ML x 5 OP. 40  
 VENTOLIN AMP. 2,5 MG/2,5 ML X 20 OP. 10  
 VENTOLIN AEROZOL 100 MCG /\*200 DAWEK OP. 3  
 ZINACEF INJ. 0,75 G X 10 FIOL. OP. 20

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
 386113.49

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12

lub dniach:

(od udzielenia zamówienia)

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)
Rozpoczęcie	
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (3)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 3 NAZWA leki różne III****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ADRENALIN INJ. 0,001g/1ml x 10 AMP.  
ASTMOPENT INJ. 0,5 MG/1 ML x 10 AMP.  
ATROPINUM SULFURICUM INJ. 0,001 G/1 ML x 10 AMP.  
ATROPINUM SULFURICUM OPHTAL. KROPLE 1% 5 ML x 1  
BISEPTOL 480 MG/5ML INJ. x 10 AMP.  
BUTAPIRAZOL DRAŻ. 0,2 G x 15 DRAŻ  
CALCIUM CHLORATUM INJ. 1 G/10 ML x 10 AMP.  
CHINIDINUM SULFURICUM DRAŻ. 0,2 G x 50 DRAŻ  
CINNARIZINUM TABL. 0,025 G x 50 TABL.  
CLEMASTINUM INJ. 0,002 G/2 ML x 5 AMP.  
CLEMASTINUM SYROP 0,001 G/10 ML-100ml x1  
CLEMASTINUM TABL. 0,001 G x 30 TABL.  
DEXAMETHASON 0,1% ZAWIESINA DO OCZU 5 ML X 1  
DICORTINEFF ZAWIESINA 5ML x 1  
DIGOXIN INJ. 0,5 MG/2 ML x 5 AMP.  
DISULFIRAM TABL. 0,1 G x 10 TABL.  
DOPAMINUM H/CHLOR 4% INJ. 0,2 G/5 ML x 10 AMP.  
FENACTIL INJ. 0,025 G/5 ML x 5 AMP.  
FENACTIL INJ. 0,05 G/2 ML x 10 AMP.  
FLUNARIZINA TABL. 0,005 G x 30 TABL.  
GENTAMICIN KROPLE 0,3% 5 ML x 1  
HALOPERIDOL INJ. 0,005 G/1 ML x 10 AMP.  
HALOPERIDOL KROPLE 0.002/10ML x 1  
HALOPERIDOL TABL. 0,001 G x 40 TABL.  
HEPARINUM INJ. 25000 J.M./5 ML x 10 AMP.  
KALIUM CHLORATUM INJ. 15%/10 ML x 50 AMP.  
KETOTIFEN SYROP 0,02 G/100 ML x 1  
LACRIMAL KROPLE 14 MG / ML 2 X 5 ML  
LEVONOR INJ. 0,001 G/1 ML x 10 AMP.  
LEVONOR INJ. 0,004 G/4 ML x 5 AMP.  
LIGNOCAINUM H/CHLOR. GRAVE INJ. 2ML x 50 AMP.  
LIGNOCAINUM H/CH 1% INJ. 0,2 G/20 ML x 5 AMP.  
LIGNOCAINUM H/CH 1% INJ. 2 ML x 10 AMP.  
LIGNOCAINUM H/CH 2% INJ. 2 ML x 10 AMP.  
LIPANCREA 16 000 KAPS. X 60  
LOPERAMID TABL. 0,002 G x 30 TABL.  
MOLSIDOMINA TABL. 0,004 G x 30 TABL.  
MOLSIDOMINA PROLON. TABL. 0,008 G x 30 TABL.  
MULTIVITAMINUM P DRAŻ. x 50 DRAŻ  
NALOXONUM H/CHLOR. INJ. 0,4 MG/1 ML x 10 AMP.  
PAPAVERINUM H/CHLOR INJ. 0,04 G/2 ML x 10 AMP.  
PHENAZOLINUM INJ. 0,1 G/2 ML x 10 AMP.  
PILOCARPINUM H/CHLORICUM 2% / 2 X 5ML KROPLE  
PROPRANOLOL INJ. 0,001 G/1ML X 10 AMP.  
PROPRANOLOL TABL. 0,01 G x 50 TABL.  
PROPRANOLOL TABL. 0,04 G x 50 TABL.  
PROXACIN 1% INJ. 0,1g/10ml x 10 AMP.  
SALBUTAMOL WZF INJ. 0,5 MG/1 ML x 10 AMP.  
TROPICAMIDUM KR.OCZNE 1% /10ML x 1  
VITACON INJ. 0,01 G/1 ML x 10 AMP.  
VITACON TABL. POWL. 0,01 G X 30 TABL  
VITAMINUM B12 INJ. 100 MCG/1 ML x 10 AMP.

**dostawa produktów leczniczych różnych**

VITAMINUM B COMPOSITUM DRAŻ. x 50 DRAŻ.  
 VITAMINUM B12 INJ. 1000 MCG/2 ML x 5 AMP.  
 VITACON INJ. 0,001 G / 0,5 ML X 10

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ADRENALIN INJ. 0,001g/1ml x 10 AMP. OP. 230  
 ASTMOPENT INJ. 0,5 MG/1 ML x 10 AMP. OP. 18  
 ATROPINUM SULFURICUM INJ. 0,001 G/1 ML x 10 AMP. OP. 820  
 ATROPINUM SULFURICUM OPHTAL. KROPLE 1% 5 ML x 1 OP. 10  
 BISEPTOL 480 MG/5ML INJ. x 10 AMP. OP. 140  
 BUTAPIRAZOL DRAŻ. 0,2 G x 15 DRAŻ OP. 2  
 CALCIUM CHLORATUM INJ. 1 G/10 ML x 10 AMP. OP. 65  
 CHINIDINUM SULFURICUM DRAŻ. 0,2 G x 50 DRAŻ OP. 2  
 CINNARIZINUM TABL. 0,025 G x 50 TABL. OP. 45  
 CLEMASTINUM INJ. 0,002 G/2 ML x 5 AMP. OP. 750  
 CLEMASTINUM SYROP 0,001 G/10 ML-100ml x1 OP. 50  
 CLEMASTINUM TABL. 0,001 G x 30 TABL. OP. 270  
 DEXAMETHASON 0,1% ZAWIESINA DO OCZU 5 ML X 1 OP. 10  
 DICORTINEFF ZAWIESINA 5ML x 1 OP. 160  
 DIGOXIN INJ. 0,5 MG/2 ML x 5 AMP. OP. 170  
 DISULFIRAM TABL. 0,1 G x 10 TABL. OP. 2  
 DOPAMINUM H/CHLOR 4% INJ. 0,2 G/5 ML x 10 AMP. OP. 140  
 FENACTIL INJ. 0,025 G/5 ML x 5 AMP. OP. 290  
 FENACTIL INJ. 0,05 G/2 ML x 10 AMP. OP. 80  
 FLUNARIZINA TABL. 0,005 G x 30 TABL. OP. 3  
 GENTAMICIN KROPLE 0,3% 5 ML x 1 OP. 3  
 HALOPERIDOL INJ. 0,005 G/1 ML x 10 AMP. OP. 20  
 HALOPERIDOL KROPLE 0.002/10ML x 1 OP. 65  
 HALOPERIDOL TABL. 0,001 G x 40 TABL. OP. 2  
 HEPARINUM INJ. 25000 J.M./5 ML x 10 AMP. OP. 230  
 KALIUM CHLORATUM INJ. 15%/10 ML x 50 AMP. OP. 330  
 KETOTIFEN SYROP 0,02 G/100 ML x 1 OP. 5  
 LACRIMAL KROPLE 14 MG / ML 2 X 5 ML OP. 3  
 LEVONOR INJ. 0,001 G/1 ML x 10 AMP. OP. 10  
 LEVONOR INJ. 0,004 G/4 ML x 5 AMP. OP. 12  
 LIGNOCAINUM H/CHLOR. GRAVE INJ. 2ML x 50 AMP. OP. 1  
 LIGNOCAINUM H/CH 1% INJ. 0,2 G/20 ML x 5 AMP. OP. 2  
 LIGNOCAINUM H/CH 1% INJ. 2 ML x 10 AMP. OP. 910  
 LIGNOCAINUM H/CH 2% INJ. 2 ML x 10 AMP. OP. 4600  
 LIPANCREA 16 000 KAPS. X 60 OP. 20  
 LOPERAMID TABL. 0,002 G x 30 TABL. OP. 350  
 MOLSIDOMINA TABL. 0,004 G x 30 TABL. OP. 40  
 MOLSIDOMINA PROLON. TABL. 0,008 G x 30 TABL. OP. 30  
 MULTIVITAMINUM P DRAŻ. x 50 DRAŻ OP. 180  
 NALOXONUM H/CHLOR. INJ. 0,4 MG/1 ML x 10 AMP. OP. 140  
 PAPAVERINUM H/CHLOR INJ. 0,04 G/2 ML x 10 AMP. OP. 1800  
 PHENAZOLINUM INJ. 0,1 G/2 ML x 10 AMP. OP. 32  
 PILOCARPINUM H/CHLORICUM 2% / 2 X 5ML KROPLE OP. 16  
 PROPRANOLOL INJ. 0,001 G/1ML X 10 AMP. OP. 2  
 PROPRANOLOL TABL. 0,01 G x 50 TABL. OP. 35  
 PROPRANOLOL TABL. 0,04 G x 50 TABL. OP. 25  
 PROXACIN 1% INJ. 0,1g/10ml x 10 AMP. OP. 800  
 SALBUTAMOL WZF INJ. 0,5 MG/1 ML x 10 AMP. OP. 10

**dostawa produktów leczniczych różnych**

TROPICAMIDUM KR.OCZNE 1% /10ML x 1 OP. 560  
VITACON INJ. 0,01 G/1 ML x 10 AMP. OP. 280  
VITACON TABL. POWL. 0,01 G X 30 TABL OP. 4  
VITAMINUM B12 INJ. 100 MCG/1 ML x 10 AMP. OP. 10  
VITAMINUM B COMPOSITUM DRAŻ. x 50 DRAŻ. OP. 40  
VITAMINUM B12 INJ. 1000 MCG/2 ML x 5 AMP. OP. 280  
VITACON INJ. 0,001 G / 0,5 ML X 10 OP. 10

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
167677.91

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:                      lub dniach: 12                      (od udzielenia zamówienia)

LUB    (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie                              (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (4)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 4 NAZWA leki różne IV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

AMBROSOL 0,3G SYROP 0,015 G/5 ML-120 ML x 1

AMBROSOL 0,6G SYROP 0,03 G/5 ML-120 ML x 1

AMINOPHYLLINUM KROPLE 0,24 G/1 ML - 20 ML x 1

CALCIUM PLIVA 10% INJ. 5 ML X 10 FIOL.

CALCIUM PLIVA TABL. MUSUJĄCE x 12 TABL.

CALPEROS 500 KAPS. 0,5 G X 30 KAPS.

COFF. NATRIUM BENZOICUM INJ. 0,2 G/1 ML x 10 AMP.

DOXEPIN KAPS. 0,01 G x 30 KAPS.

DOXEPIN KAPS. 0,025 G x 30 KAPS.

ETHAMBUTOL KAPS. 0,25 G x 250 KAPS.

FLUMYCON INJ. 0,2 G/100 ML x 1 AMP.

FLUMYCON INJ. 2 MG / ML a 50ML x 1 AMP.

FLUMYCON KAPS. 0,05 G x 14 KAPS.

FLUMYCON KAPS. 0,1 G x 7 KAPS.

GLUCOSUM INJ. 20%/10 ML x 50 AMP.

ORNITHINE INJ. 0,5 G/5 ML x 10 AMP.

HEPATIL TABL. 0,15 G x 40

NITRACOR INJ.0,01/5ML X 50 AMP

NYSTATYNA 500000 J.M. x 16 DRAŻ

NYSTATYNA SUBST. -> 2,4 MLN J.M./5 G x 1

POLSTIGMINUM INJ. 0,5 MG/1ML X 10 AMP.

POLSTIGMINUM TABL. 0,015 G X 20 TABL.

SETRONON TABL. 0,004 G BLISTER x 10 TABL.

SULPIRYD KAPS. 0,05 G x 24 KAPS.

SULPIRYD KAPS. 0,1 G x 24 KAPS.

SUMAMED ZAWIES. 0,1G/ 5ML X 20 ML

SUMAMED TABL. 0,5 G x 3 TABL.

SUMAMED INJ. 0,5 G X 5 AMP

VENOTREX KAPS. 0,2 x 64

VITAMINUM B 1 INJ. 0,025 G/1ML x 10 AMP.

VITAMINUM B6 INJ. 0,05 G/2 ML x 5 AMP.

VITAMINUM B6 TABL. 0,05 G x 50 TABL.

VITAMINUM PP INJ. 0,1 G/2 ML x 5 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AMBROSOL 0,3G SYROP 0,015 G/5 ML-120 ML x 1 OP. 360

AMBROSOL 0,6G SYROP 0,03 G/5 ML-120 ML x 1 OP. 240

AMINOPHYLLINUM KROPLE 0,24 G/1 ML - 20 ML x 1 OP. 4

CALCIUM PLIVA 10% INJ. 5 ML X 10 FIOL. OP. 150

CALCIUM PLIVA TABL. MUSUJĄCE x 12 TABL. OP. 280

CALPEROS 500 KAPS. 0,5 G X 30 KAPS. OP. 3

COFF. NATRIUM BENZOICUM INJ. 0,2 G/1 ML x 10 AMP. OP. 2

DOXEPIN KAPS. 0,01 G x 30 KAPS. OP. 10

DOXEPIN KAPS. 0,025 G x 30 KAPS. OP. 4

ETHAMBUTOL KAPS. 0,25 G x 250 KAPS. OP. 6

**dostawa produktów leczniczych różnych**

FLUMYCON INJ. 0,2 G/100 ML x 1 AMP. FL. 20  
 FLUMYCON INJ. 2 MG / ML a 50ML x 1 AMP. FL. 550  
 FLUMYCON KAPS. 0,05 G x 14 KAPS. OP. 20  
 FLUMYCON KAPS. 0,1 G x 7 KAPS. OP. 40  
 GLUCOSUM INJ. 20%/10 ML x 50 AMP. OP. 20  
 ORNITHINE INJ. 0,5 G/5 ML x 10 AMP. OP. 30  
 HEPATIL TABL. 0,15 G x 40 OP. 170  
 NITRACOR INJ.0,01/5ML X 50 AMP OP. 4  
 NYSTATYNA 500000 J.M. x 16 DRAŻ OP. 640  
 NYSTATYNA SUBST. -> 2,4 MLN J.M./5 G x 1 OP. 430  
 POLSTIGMINUM INJ. 0,5 MG/1ML X 10 AMP. OP. 1300  
 POLSTIGMINUM TABL. 0,015 G X 20 TABL. OP. 2  
 SETRONON TABL. 0,004 G BLISTER x 10 TABL. OP. 6  
 SULPIRYD KAPS. 0,05 G x 24 KAPS. OP. 8  
 SULPIRYD KAPS. 0,1 G x 24 KAPS. OP. 4  
 SUMAMED ZAWIES. 0,1G/ 5ML X 20 ML OP. 30  
 SUMAMED TABL. 0,5 G x 3 TABL. OP. 30  
 SUMAMED INJ. 0,5 G X 5 AMP OP. 60  
 VENOTREX KAPS. 0,2 x 64 OP. 40  
 VITAMINUM B 1 INJ. 0,025 G/1ML x 10 AMP. OP. 300  
 VITAMINUM B6 INJ. 0,05 G/2 ML x 5 AMP. OP. 4  
 VITAMINUM B6 TABL. 0,05 G x 50 TABL. OP. 18  
 VITAMINUM PP INJ. 0,1 G/2 ML x 5 AMP. OP. 3

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: EUR  
72014.59

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12      lub dniach:      (od udzielenia zamówienia)

LUB      (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie      (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (5)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 5 NAZWA leki różne V****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ABAKTAL INJ. 0,4 G/5 ML X 10 AMP.  
 ABAKTAL TABL. POWL. 0,4 G x 10 TABL.  
 ACC 200 TABL. MUSUJĄCE 0,2 G x 20 TABL.  
 ACC 300 INJ. 0,3 G/3 ML x 5 AMP.  
 ALTACET TABL. 1 G x 6 TABL.  
 AMLOPIN TABL. 0,005 G x 30 TABL.  
 AMLOPIN TABL. 0,01 G x 30 TABL.  
 BEMECOR TABL. 0,1 MG x 30 TABL.  
 BIVACYN AEROZOL 150 G X 1 FIOŁ.  
 BROMERGON TABL. 0,0025 G x 30 TABL.  
 DICLAC INJ. 0,075 / 3 ML X 5  
 DICLAC 50 TABL.POWL. X 30 TABL.  
 DOBUTAMINA INJ. 0,25 G X 1 FIOŁ.  
 DOTUR KAPS. 0,1 G x 10 KAPS.  
 EDICIN INJ. 0,5 G x1 AMP.  
 EDICIN INJ. 1 G x 1 AMP.  
 FENTANYL TTS 25 SYSTEM TRANSDERM. 0,025 MG/ 1 H x 5 PLASTRÓW  
 FENTANYL TTS 50 SYSTEM TRANSDERM. 0,05 MG/ 1 H x 5 PLASTRÓW  
 FERRUM SYROP 0,05 G ŻELAZA / 5 ML x 100 ML  
 FERRUM LEK INJ. 0,1 G/2 ML x 50 AMP.  
 KETONAL INJ. 0,1 G/2 ML x 10 AMP.  
 KETONAL FORTE TABL. 0,1 G x 30 TABL.  
 KETONAL KAPS. 0,05 G x 24 KAPS.  
 KLIMICIN INJ. 0,6 G / 4 ML X 5 AMP.  
 KLIMICIN INJ. 0,3 G / 2 ML X 5 AMP.  
 KLIMICIN KAPS. 0,3 G x 16 KAPS.  
 LAKEA TABL. 50 MG X 30 TABL.  
 LEKO SASZETKI OPAT. X 100 SZT.  
 NELOREN INJ. 0,6 G/2 ML x 10 AMP.  
 OSPAMOX 1000 TABL. POWL. 1000 MG X 12 TABL.  
 OSPAMOX 500 TABL. POWL. 500 MG X 12 TABL.  
 OSPAMOX 750 TABL. POWL. 750 MG X 16 TABL.  
 PENICILLIN G SODIUM INJ. 5mln J.M. x 10 FIOŁ.  
 THIOPENTAL INJ. 0,5 G x 25 FIOŁ.  
 THIOPENTAL INJ. 1 G x25 FIOŁ.  
 TULIP TABL. POWL. 0,02 G x 90 TABL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ABAKTAL INJ. 0,4 G/5 ML X 10 AMP. OP. 590  
 ABAKTAL TABL. POWL. 0,4 G x 10 TABL. OP. 360  
 ACC 200 TABL. MUSUJĄCE 0,2 G x 20 TABL. OP. 190  
 ACC 300 INJ. 0,3 G/3 ML x 5 AMP. OP. 550  
 ALTACET TABL. 1 G x 6 TABL. OP. 1200  
 AMLOPIN TABL. 0,005 G x 30 TABL. OP. 250  
 AMLOPIN TABL. 0,01 G x 30 TABL. OP. 130



**dostawa produktów leczniczych różnych**

BEMECOR TABL. 0,1 MG x 30 TABL. OP. 120  
 BIVACYN AEROSOL 150 G X 1 FIOŁ. OP. 80  
 BROMERGON TABL. 0,0025 G x 30 TABL. OP. 10  
 DICLAC INJ. 0,075 / 3 ML X 5 OP. 1100  
 DICLAC 50 TABL.POWL. X 30 TABL. OP. 290  
 DOBUTAMINA INJ. 0,25 G X 1 FIOŁ. FIOŁ. 270  
 DOTUR KAPS. 0,1 G x 10 KAPS. OP. 220  
 EDICIN INJ. 0,5 G x1 AMP. OP. 15  
 EDICIN INJ. 1 G x 1 AMP. OP. 750  
 FENTANYL TTS 25 SYSTEM TRANSDERM. 0,025 MG/ 1 H x 5 PLASTRÓW OP. 90  
 FENTANYL TTS 50 SYSTEM TRANSDERM. 0,05 MG/ 1 H x 5 PLASTRÓW OP. 20  
 FERRUM SYROP 0,05 G ŻELAZA / 5 ML x 100 ML OP. 5  
 FERRUM LEK INJ. 0,1 G/2 ML x 50 AMP. OP. 2  
 KETONAL INJ. 0,1 G/2 ML x 10 AMP. OP. 4400  
 KETONAL FORTE TABL. 0,1 G x 30 TABL. OP. 650  
 KETONAL KAPS. 0,05 G x 24 KAPS. OP. 950  
 KLIMICIN INJ. 0,6 G / 4 ML X 5 AMP. OP. 390  
 KLIMICIN INJ. 0,3 G / 2 ML X 5 AMP. OP. 30  
 KLIMICIN KAPS. 0,3 G x 16 KAPS. OP. 10  
 LAKEA TABL. 50 MG X 30 TABL. OP. 60  
 LEKO SASZETKI OPAT. X 100 SZT. OP. 490  
 NELOREN INJ. 0,6 G/2 ML x 10 AMP. OP. 50  
 OSPAMOX 1000 TABL. POWŁ. 1000 MG X 12 TABL. OP. 6  
 OSPAMOX 500 TABL. POWŁ. 500 MG X 12 TABL. OP. 50  
 OSPAMOX 750 TABL. POWŁ. 750 MG X 16 TABL. OP. 4  
 PENICILLIN G SODIUM INJ. 5mln J.M. x 10 FIOŁ. OP. 2  
 THIOPIENTAL INJ. 0,5 G x 25 FIOŁ. FL. 5  
 THIOPIENTAL INJ. 1 G x25 FIOŁ. FL. 100  
 TULIP TABL. POWŁ. 0,02 G x 90 TABL. OP. 170

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
146428.56

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12      lub dniach:      (od udzielenia zamówienia)

LUB      (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie      (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (6)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 6 NAZWA leki różne VI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

AMPICILLINA INJ. 1 G x 1 FIOL.S.SUCH.  
 COLISTIN INJ. 1 MLN J.M. x 20 FIOL.  
 COLISTIN INJ. 500 000 J.M. x 20 FIOL.  
 DAVERCIN PŁYN 2,5% / 30 ML SOL.  
 DEXAPOLCORT AERAZOL 32,5 g ( 55 ml )  
 DOXYCYCLINUM INJ. 20 MG/ ML x 10 FIOL. A 5 ML  
 ERYTHROMYCIN INTRAVENOS 0,3 G x 1 FIOL.  
 NEOMYCINUM AERAZOL 32 G ( 55 ml )  
 NEOMYCINUM TABL. 0,25 G x 16 TABL.  
 PENICILLIN CRYST. INJ. 1 MLN J. M. x 1 FIOL.  
 PENICILLIN CRYST. INJ. 3 MLN J. M. x 1 FIOL.  
 PENICILLINUM PROCAINICUM INJ. 1,2 MLN J.M. x 20 FIOL.  
 PENICILLINUM PROCAINICUM INJ. 2,4 MLN J.M. x 10 FIOL.  
 PIPERACILLIN INJ. 2 G x 1 FIOL.  
 RIFAMAZID KAPS. 0,15 G x 100 KAPS.  
 RIFAMAZID KAPS. 0,3 G x 100 KAPS.  
 RIFAMPICIN KAPS. 0,3 G x 100 KAPS.  
 ROLICYN TABL. 0,05 G x 10 TABL.  
 ROLICYN TABL. 0,15 G x 10 TABL.  
 STREPTOMYCINA INJ. 1 G x 20 FIOL.  
 SYNTARPEN INJ. 0,5 G x 1 FIOL. S. SUBST.  
 SYNTARPEN INJ. 1 G X 1 FIOL.  
 SYNTARPEN TABL. POWL 0,5 G x 16 TABL.  
 TARCEFOKSYM INJ. 2 G x 1 AMP.  
 TETRACYCLIN DRAŻ. 0,25 G x 16 DRAŻ  
 UNASYN INJ. 0,75 G x 1 FIOL.  
 UNASYN INJ. 1,5 G x 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AMPICILLINA INJ. 1 G x 1 FIOL.S.SUCH. Fiol. 30  
 COLISTIN INJ. 1 MLN J.M. x 20 FIOL. OP. 1  
 COLISTIN INJ. 500 000 J.M. x 20 FIOL. OP. 1  
 DAVERCIN PŁYN 2,5% / 30 ML SOL. OP. 10  
 DEXAPOLCORT AERAZOL 32,5 g ( 55 ml ) OP. 60  
 DOXYCYCLINUM INJ. 20 MG/ ML x 10 FIOL. A 5 ML OP. 10  
 ERYTHROMYCIN INTRAVENOS 0,3 G x 1 FIOL. FL. 15  
 NEOMYCINUM AERAZOL 32 G ( 55 ml ) OP. 20  
 NEOMYCINUM TABL. 0,25 G x 16 TABL. OP. 8  
 PENICILLIN CRYST. INJ. 1 MLN J. M. x 1 FIOL. OP. 750  
 PENICILLIN CRYST. INJ. 3 MLN J. M. x 1 FIOL. OP. 450  
 PENICILLINUM PROCAINICUM INJ. 1,2 MLN J.M. x 20 FIOL. OP. 5  
 PENICILLINUM PROCAINICUM INJ. 2,4 MLN J.M. x 10 FIOL. OP. 15  
 PIPERACILLIN INJ. 2 G x 1 FIOL. FL. 30  
 RIFAMAZID KAPS. 0,15 G x 100 KAPS. OP. 3  
 RIFAMAZID KAPS. 0,3 G x 100 KAPS. OP. 4

**dostawa produktów leczniczych różnych**

RIFAMPICIN KAPS. 0,3 G x 100 KAPS. OP. 5  
ROLICYN TABL. 0,05 G x 10 TABL. OP. 2  
ROLICYN TABL. 0,15 G x 10 TABL. OP. 10  
STREPTOMYCINA INJ. 1 G x 20 FIOL. OP. 2  
SYNTARPEN INJ. 0,5 G x 1 FIOL. S. SUBST. FIOL. 80  
SYNTARPEN INJ. 1 G X 1 FIOL. FIOL. 45  
SYNTARPEN TABL. POWL 0,5 G x 16 TABL. OP. 14  
TARCEFOKSYM INJ. 2 G x 1 AMP. FL. 30  
TETRACYCLIN DRAŻ. 0,25 G x 16 DRAŻ OP. 4  
UNASYN INJ. 0,75 G x 1 FIOL. FL. 920  
UNASYN INJ. 1,5 G x 1 FIOL. FL. 20

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
16878.06

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12      lub dniach:      (od udzielenia zamówienia)

LUB      (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie      (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (7)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 7 NAZWA leki różne VII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

AQUA PRO INJECTIONE 5ML x 100 AMP.  
ASCODAN TABL. X 10  
BACLOFEN TABL. 0,01 G x 50 TABL.  
BACLOFEN TABL. 0,025 G x 50 TABL.  
BICALUTAMIDUM TABL. POWL. 0,05 X 28  
CIPRONEX R-R DO INFUZJI 2 MG / ML 50 ML X 1  
CIPRONEX R-R DO INFUZJI 2 MG / ML 100 ML X 1  
CIPRONEX TABL. POWL 0,5 G x 10 TABL.  
CORDAFEN TABL. POWL. 10 MG X 50 TABL.  
CYCLONAMINE INJ. 0,25 G / 2 ML x 50 AMP.  
DIURAMID TABL. 0,25 G x 30 TABL.  
ENARENAL TABL. 0,01 G x 30 TABL.  
ENARENAL TABL. 0,005 G x 30 TABL.  
EUCLAMIN TABL. 0,005 G x 60 TABL.  
FUROSEMID INJ. 0,02 G / 2 ML x 5 AMP.  
FUROSEMID INJ. 0,02 G / 2 ML x 50 AMP.  
FUROSEMIDUM TABL. 0,04 G x 30 TABL.  
HEVIRAN TABL. 0,2 G x 30 TABL.  
HEVIRAN TABL. POWL. 0,4 G x 30 TABL.  
HEVIRAN TABL. POWL. 0,8 G X 30 TABL.  
HYDROCHLOROTHIAZIDUM TABL. 12,5 MG x 30  
HYDROCHLOROTHIAZIDUM TABL. 0,025 G x 30 TABL.  
INDAPEN TABL. 0,0025 G x 20 TABL.  
ISOPTIN SR TABL. 0,12 G x 40 TABL.  
ISOPTIN SR-E TABL. POWL. 0,24 G x 20 TABL.  
MAGNESIUM SULFURICUM 20% INJ. 2 G/10 ML x 10  
MAJAMIL PROLONG. TABL. POWL 0,1 G x 20 TABL.  
MEMOTROPIL I.V. INJ. 20% 12G / 60 ML  
MEMOTROPIL TABL. 0,4 G X 60 TABL.  
MEMOTROPIL TABL. 0,8 G X 60 TABL.  
MEMOTROPIL TABL. 1,2 G X 60 TABL.  
METOCLOPRAMID INJ. 0,01 G / 2 ML x 5 AMP.  
METOCLOPRAMID TABL. 0,01 G x 50 TABL.  
METRONIDAZOL TABL. 0,25 G x 20 TABL.  
METRONIDAZOL INJ. DOŻ. 0,5% / 100 ML x 1  
METRONIDAZOL TABL. DOPO 0,5 G x 10 TABL.  
NATRIUM BICARBON. INJ. 8,4% / 20 ML x 10 AMP.  
NATRIUM CHLORATUM INJ. 0,9% / 5 ML x 100 AMP.  
NATRIUM CHLORATUM INJ. 10% / 10 ML x 100 AMP.  
OFTENSIN KROPLE DO OCZU 0,5% x 5 ML  
OPACORDEN TABL. POWL 0,2 G x 60 TABL.  
POLFILIN INJ. 0,1 G / 5 ML x 5 AMP.  
POLFILIN INJ. 0,3 G / 15 ML x 10 AMP.  
POLOCARD DOJELIT. TABL. 0,075 G x 50 TABL.  
POLOCARD DOJELIT. TABL. 0,15 G x 50 TABL.  
POLOPIRYNA S TABL. 0,3 G x 20 TABL.  
POLPRAZOL KAPS. 0,02 G X 28 KAPS.  
POLTRAM KROPLE 10 ML x 1  
POLTRAM 50 INJ. 50 MG / 1 ML x 5 AMP.  
POLTRAM 50 KAPS. 0,05 G x 20 KAPS.  
PYRALGINUM INJ. 2,5 G / 5 ML x 5 AMP.  
PYRALGINUM TABL. 0,5 G x 10 TABL.

**dostawa produktów leczniczych różnych**

RANIGAST INJ. 0,05% / 100 ML x 1 AMP.  
 RANIGAST TABL. POWL 0,15 G x 60 TABL.  
 SIMVASTEROL TABL. 0,02 G x 28 TABL.  
 STAVERAN PROL. TABL. POWL 0,12 G x 20 TABL.  
 STAVERAN TABL. POWL 0,04 G x 20 TABL.  
 SULFACETAMIDUM NATRIUM GUTT. 0,5 G X 12  
 TIALORID TABL. X 50  
 TIALORID MITE TABL. 0.0275 x 50 TABL.  
 TRIOXAL KAPS. 100 MG X 28 KAPS.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AQUA PRO INJECTIONE 5ML x 100 AMP. OP. 260  
 ASCODAN TABL. X 10 OP. 75  
 BACLOFEN TABL. 0,01 G x 50 TABL. OP. 50  
 BACLOFEN TABL. 0,025 G x 50 TABL. OP. 24  
 BICALUTAMIDUM TABL. POWL. 0,05 X 28 OP. 140  
 CIPRONEX R-R DO INFUZJI 2 MG / ML 50 ML X 1 OP. 2 000  
 CIPRONEX R-R DO INFUZJI 2 MG / ML 100 ML X 1 OP. 200  
 CIPRONEX TABL. POWL 0,5 G x 10 TABL. OP. 320  
 CORDAFEN TABL. POWL. 10 MG X 50 TABL. OP. 10  
 CYCLONAMINE INJ. 0,25 G / 2 ML x 50 AMP. OP. 220  
 DIURAMID TABL. 0,25 G x 30 TABL. OP. 30  
 ENARENAL TABL. 0,01 G x 30 TABL. OP. 360  
 ENARENAL TABL. 0,005 G x 30 TABL. OP. 250  
 EUCLAMIN TABL. 0,005 G x 60 TABL. OP. 3  
 FUROSEMID INJ. 0,02 G / 2 ML x 5 AMP. OP. 120  
 FUROSEMID INJ. 0,02 G / 2 ML x 50 AMP. OP. 170  
 FUROSEMIDUM TABL. 0,04 G x 30 TABL. OP. 540  
 HEVIRAN TABL. 0,2 G x 30 TABL. OP. 140  
 HEVIRAN TABL. POWL. 0,4 G x 30 TABL. OP. 18  
 HEVIRAN TABL. POWL. 0,8 G X 30 TABL. OP. 5  
 HYDROCHLOROTHIAZIDUM TABL. 12,5 MG x 30 OP. 70  
 HYDROCHLOROTHIAZIDUM TABL. 0,025 G x 30 TABL. OP. 8  
 INDAPEN TABL. 0,0025 G x 20 TABL. OP. 40  
 ISOPTIN SR TABL. 0,12 G x 40 TABL. OP. 14  
 ISOPTIN SR-E TABL. POWL. 0,24 G x 20 TABL. OP. 5  
 MAGNESIUM SULFURICUM 20% INJ. 2 G/10 ML x 10 OP. 270  
 MAJAMIL PROLONG. TABL. POWL 0,1 G x 20 TABL. OP. 100  
 MEMOTROPIL I.V. INJ. 20% 12G / 60 ML OP. 300  
 MEMOTROPIL TABL. 0,4 G X 60 TABL. OP. 60  
 MEMOTROPIL TABL. 0,8 G X 60 TABL. OP. 140  
 MEMOTROPIL TABL. 1,2 G X 60 TABL. OP. 30  
 METOCLOPRAMID INJ. 0,01 G / 2 ML x 5 AMP. OP. 380  
 METOCLOPRAMID TABL. 0,01 G x 50 TABL. OP. 130  
 METRONIDAZOL TABL. 0,25 G x 20 TABL. OP. 110  
 METRONIDAZOL INJ. DOŻ. 0,5% / 100 ML x 1 OP. 14 000  
 METRONIDAZOL TABL. DOPO 0,5 G x 10 TABL. OP. 5  
 NATRIUM BICARBON. INJ. 8,4% / 20 ML x 10 AMP. OP. 160  
 NATRIUM CHLORATUM INJ. 0,9% / 5 ML x 100 AMP. OP. 290  
 NATRIUM CHLORATUM INJ. 10% / 10 ML x 100 AMP. OP. 40  
 OFTENSIN KROPLE DO OCZU 0,5% x 5 ML OP. 4  
 OPACORDEN TABL. POWL 0,2 G x 60 TABL. OP. 22  
 POLFILIN INJ. 0,1 G / 5 ML x 5 AMP. OP. 840

**dostawa produktów leczniczych różnych**

POLFILIN INJ. 0,3 G / 15 ML x 10 AMP. OP. 34  
 POLOCARD DOJELIT. TABL. 0,075 G x 50 TABL. OP. 360  
 POLOCARD DOJELIT. TABL. 0,15 G x 50 TABL. OP. 270  
 POLOPIRYNA S TABL. 0,3 G x 20 TABL. OP. 130  
 POLPRAZOL KAPS. 0,02 G X 28 KAPS. OP. 1 600  
 POLTRAM KROPLE 10 ML x 1 OP. 560  
 POLTRAM 50 INJ. 50 MG / 1 ML x 5 AMP. OP. 1 150  
 POLTRAM 50 KAPS. 0,05 G x 20 KAPS. OP. 480  
 PYRALGINUM INJ. 2,5 G / 5 ML x 5 AMP. OP. 4 400  
 PYRALGINUM TABL. 0,5 G x 10 TABL. OP. 320  
 RANIGAST INJ. 0,05% / 100 ML x 1 AMP. FL. 850  
 RANIGAST TABL. POWL 0,15 G x 60 TABL. OP. 250  
 SIMVASTEROL TABL. 0,02 G x 28 TABL. OP. 190  
 STAVERAN PROL. TABL. POWL 0,12 G x 20 TABL. OP. 8  
 STAVERAN TABL. POWL 0,04 G x 20 TABL. OP. 260  
 SULFACETAMIDUM NATRIUM GUTT. 0,5 G X 12 OP. 3  
 TIALORID TABL. X 50 OP. 8  
 TIALORID MITE TABL. 0.0275 x 50 TABL. OP. 33  
 TRIOXAL KAPS. 100 MG X 28 KAPS. OP. 2

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
 265549.33

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (8)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 8 NAZWA leki różne VIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ADENOCOR INJ. 0,006 G / 2 ML x 6 AMP.  
 AMARYL TABL. 0,001 G x 30 TABL.  
 AMARYL TABL. 0,002 G x 30 TABL.  
 AMARYL TABL. 0,003 G x 30 TABL.  
 AMARYL TABL. 0,004 G x 30 TABL.  
 ATENOLOL TABL. 0,025 G x 60 TABL.  
 ATENOLOL TABL. 0,05 G x 30 TABL.  
 BIOSOTAL TABL. 0,04 G x 60 TABL.  
 BIOSOTAL TABL. 0,08 G x 30 TABL.  
 BIOXETIN TABL. 0,02 G x 30 TABL.  
 CLEXANE 0,1 G / 1 ML X 10 AMP./STRZYK.  
 CORDARONE INJ.DOŻ 0,15 G/3 ML x 6 AMP.  
 COROTROPE INJ. 0,01 G/10 ML x 10 AMP.  
 DEPAKINE INJ. 0,4 G / 4 ML x 4 FIOŁ. + ROZP.4 ML X 4  
 DEPAKINE SYROP 150 ML x 1  
 DEPAKINE CHRONO 300 TABL. RET. 0,3 G x 30 TABL.  
 DEPAKINE-CHRONO 500 TABL. RET. 0,5 G x 30 TABL.  
 DITROPAN TABL. 0,005 G x 30 TABL.  
 EXACYL INJ. 0,5 G / 5 ML x 5 AMP.  
 EXACYL TABL. POWL. 0,5 G X 20 TABL.  
 MONONIT 20 TABL. POWL. 0,02 G x 30 TABL.  
 MONONIT 40 TABL. POWL. 0,04 G x 30 TABL.  
 MONONIT 60 RETARD TABL. 0,06 G x 30 TABL.  
 MONONIT 100 RETARD TABL. 0,1 G x 30 TABL.  
 NO-SPA INJ. 0,04 G / 2 ML x 5 AMP.  
 NO-SPA TABL. 0,04 G x 20 TABL.  
 NO-SPA FORTE TABL. 0,08 G x 20 TABL.  
 PLAVIX 300 MG X 30 TABL.  
 RESONIUM A PROSZEK 454 G  
 SABRIL TABL. POWL. 0,5 G x 100 TABL.  
 TARGOCID INJ. 0,4 G X 1 FIOŁ.  
 TRITACE 10 TABL. 0,01 G x 28 TABL.  
 TRITACE 5 TABL. 0,005 G x 28 TABL.  
 TARGOCID INJ. 0,2 G X 1 FIOŁ.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ADENOCOR INJ. 0,006 G / 2 ML x 6 AMP. OP. 10  
 AMARYL TABL. 0,001 G x 30 TABL. OP. 10  
 AMARYL TABL. 0,002 G x 30 TABL. OP. 70  
 AMARYL TABL. 0,003 G x 30 TABL. OP. 30  
 AMARYL TABL. 0,004 G x 30 TABL. OP. 40  
 ATENOLOL TABL. 0,025 G x 60 TABL. OP. 6  
 ATENOLOL TABL. 0,05 G x 30 TABL. OP. 4  
 BIOSOTAL TABL. 0,04 G x 60 TABL. OP. 24  
 BIOSOTAL TABL. 0,08 G x 30 TABL. OP. 12

**dostawa produktów leczniczych różnych**

BIOXETIN TABL. 0,02 G x 30 TABL. OP. 75  
 CLEXANE 0,1 G / 1 ML X 10 AMP./STRZYK. OP. 30  
 CORDARONE INJ.DOŻ 0,15 G/3 ML x 6 AMP. OP. 170  
 COROTROPE INJ. 0,01 G/10 ML x 10 AMP. OP. 3  
 DEPAKINE INJ. 0,4 G / 4 ML x 4 FIOL. + ROZP.4 ML X 4 OP. 3  
 DEPAKINE SYROP 150 ML x 1 OP. 4  
 DEPAKINE CHRONO 300 TABL. RET. 0,3 G x 30 TABL. OP. 80  
 DEPAKINE-CHRONO 500 TABL. RET. 0,5 G x 30 TABL. OP. 90  
 DITROPAN TABL. 0,005 G x 30 TABL. OP. 38  
 EXACYL INJ. 0,5 G / 5 ML x 5 AMP. OP. 1200  
 EXACYL TABL. POWL. 0,5 G X 20 TABL. OP. 3  
 MONONIT 20 TABL. POWL. 0,02 G x 30 TABL. OP. 80  
 MONONIT 40 TABL. POWL. 0,04 G x 30 TABL. OP. 14  
 MONONIT 60 RETARD TABL. 0,06 G x 30 TABL. OP. 40  
 MONONIT 100 RETARD TABL. 0,1 G x 30 TABL. OP. 26  
 NO-SPA INJ. 0,04 G / 2 ML x 5 AMP. OP. 550  
 NO-SPA TABL. 0,04 G x 20 TABL. OP. 1250  
 NO-SPA FORTE TABL. 0,08 G x 20 TABL. OP. 20  
 PLAVIX 300 MG X 30 TABL. OP. 5  
 RESONIUM A PROSZEK 454 G OP. 1  
 SABRIL TABL. POWL. 0,5 G x 100 TABL. OP. 2  
 TARGOCID INJ. 0,4 G X 1 FIOL. FIOL. 260  
 TRITACE 10 TABL. 0,01 G x 28 TABL. OP. 150  
 TRITACE 5 TABL. 0,005 G x 28 TABL. OP. 180  
 TARGOCID INJ. 0,2 G X 1 FIOL. FIOL. 150

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
161925.66

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (9)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 9 NAZWA leki różne IX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ACLOTIN TABL. POWL 0,25 G x 20 TABL.  
 AFLEGAN INJ. 15 MG / 2 ML x 10 AMP.  
 AMITRIPTYLINUM DRAŻ. 0,01 G x 60 DRAŻ.  
 AMITRIPTYLINUM DRAŻ. 0,025 G x 60 DRAŻ.  
 ANCOTIL ( FLUCYTOSINE ) INJ. 1% / 250 ML + ZEST.(x 5 )  
 BISACODYL TABL.. 0,005 G x 30 TABL.  
 BISOCARD TABL. 5 MG X 30 TABL.  
 CARBO MEDICINALIS TABL. 0,3 x 20 TABL.  
 CHLORCHINALDIN TABL. DO SSANIA 0,002 G x 20  
 DEFLEGMIN TABL. 0,03 G x 20 TABL.  
 DOXANORM TABL. 0,002 G x 30 TABL.  
 DOXANORM TABL. 0,004 G x 30 TABL.  
 MESTINON TABL. POWL. 60 MG X 150 TABL.  
 METINDOL RETARD TABL. 0,075 G x 25 TABL.  
 METIZOL TABL. 0,005 G x 50 TABL.  
 METOPROLOL TABL. 0,05 G x 30 TABL.  
 METOCARD 100 TABL. 0,1 G x 30 TABL.  
 NYSTATYNA TABL. DOPO 100000 J.M. x 10 TABL.  
 SOLCO - SERYL ŻEL DO OCZU 20% / 5 G  
 SOLCOSERYL ŻEL 10 % 20 G  
 SOLVERTYL INJ. 50 MG /2 ML x 5 AMP.  
 SOPODORM INJ. 15 MG / 2 ML x 5 AMP.  
 SOPODORM INJ. 5 MG / 2 ML x 10 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ACLOTIN TABL. POWL 0,25 G x 20 TABL. OP. 30  
 AFLEGAN INJ. 15 MG / 2 ML x 10 AMP. OP. 250  
 AMITRIPTYLINUM DRAŻ. 0,01 G x 60 DRAŻ. OP. 8  
 AMITRIPTYLINUM DRAŻ. 0,025 G x 60 DRAŻ. OP. 6  
 ANCOTIL ( FLUCYTOSINE ) INJ. 1% / 250 ML + ZEST.(x 5 ) FIOŁ. 25  
 BISACODYL TABL.. 0,005 G x 30 TABL. OP. 10  
 BISOCARD TABL. 5 MG X 30 TABL. OP. 600  
 CARBO MEDICINALIS TABL. 0,3 x 20 TABL. OP. 200  
 CHLORCHINALDIN TABL. DO SSANIA 0,002 G x 20 OP. 170  
 DEFLEGMIN TABL. 0,03 G x 20 TABL. OP. 1100  
 DOXANORM TABL. 0,002 G x 30 TABL. OP. 6  
 DOXANORM TABL. 0,004 G x 30 TABL. OP. 28  
 MESTINON TABL. POWL. 60 MG X 150 TABL. OP. 2  
 METINDOL RETARD TABL. 0,075 G x 25 TABL. OP. 4  
 METIZOL TABL. 0,005 G x 50 TABL. OP. 20  
 METOPROLOL TABL. 0,05 G x 30 TABL. OP. 240  
 METOCARD 100 TABL. 0,1 G x 30 TABL. OP. 35  
 NYSTATYNA TABL. DOPO 100000 J.M. x 10 TABL. OP. 140  
 SOLCO - SERYL ŻEL DO OCZU 20% / 5 G OP. 2  
 SOLCOSERYL ŻEL 10 % 20 G OP. 3

**dostawa produktów leczniczych różnych**

SOLVERTYL INJ. 50 MG /2 ML x 5 AMP. OP. 140  
SOPODORM INJ. 15 MG / 2 ML x 5 AMP. OP. 180  
SOPODORM INJ. 5 MG / 2 ML x 10 AMP. OP. 840

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
64464.16

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)  
LUB (dd/mm/rrrr)  
Rozpoczęcie  
Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (10)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 10 NAZWA leki różne narkotyczne X****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

CALYPSOL INJ. 0,5 G/10 ML x 5 AMP.

DOLCONTRAL INJ. 0,1 G/2 ML x 10 AMP.

DOLCONTRAL INJ. 0.05 G/1ML X 10 AMP.

FENTANYL INJ. 0,1 MG/2 ML X 50 AMP.

KETANEST INJ. 0,2 G/20 ML x 5 AMP.

MORPHINI SULFAS INJ. 0,01 G/1 ML x 10 AMP.

MORPHINI SULFAS INJ. 0,02 G/1 ML x 10 AMP.

MST CONTINUS TABL. 0,1 G x 60 TABL.

MST CONTINUS TABL. 0,03 G x 60 TABL.

PENTAZOCINUM INJ. 0,03 G/1 ML x 10 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

CALYPSOL INJ. 0,5 G/10 ML x 5 AMP. OP. 5

DOLCONTRAL INJ. 0,1 G/2 ML x 10 AMP. OP. 380

DOLCONTRAL INJ. 0.05 G/1ML X 10 AMP. OP. 20

FENTANYL INJ. 0,1 MG/2 ML X 50 AMP. OP. 540

KETANEST INJ. 0,2 G/20 ML x 5 AMP. OP. 25

MORPHINI SULFAS INJ. 0,01 G/1 ML x 10 AMP. OP. 550

MORPHINI SULFAS INJ. 0,02 G/1 ML x 10 AMP. OP. 290

MST CONTINUS TABL. 0,1 G x 60 TABL. OP. 2

MST CONTINUS TABL. 0,03 G x 60 TABL. OP. 2

PENTAZOCINUM INJ. 0,03 G/1 ML x 10 AMP. OP. 190

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
43436.10

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (11)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 11 NAZWA leki różne psychotropowe XI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie produktów leczniczych:

AFOBAM TABL. 0,25 MG x 30 TABL. (ZOMIREN)

AFOBAM TABL. 0,5 MG x 30 TABL. (ZOMIREN)

BUNONDOL TPJ 0,2 MG x 60 TABL.

BUNONDOL TPJ 0,4 MG x 30 TABL.

CLONAZEPAMUM INJ. 0,001 G/1 ML x 10 AMP.

CLONAZEPAMUM TABL. 0,002 G x 30 TABL.

CLONAZEPAMUM TABL. 0,5 MG x 30 TABL.

CLORANXEN TABL. 0,005 G X 30 TABL.

CODEINUM PHOSPHOR. TABL. 0,02 G x 100 TABL.

DIHYDROERGOT. METH. KR.DOUSTNE 0,002 G/ 1 ML 15 ML

DORMICUM TABL. POWL 0,0075 G x 10 TABL.

DORMICUM TABL. POWL 0,015 G x 100 TABL.

ELENIUM DRAŻ. 0,01 G x 20 DRAŻ.

EPHEDRINUM H/CHLORIC. INJ. 0,025 G/1 ML x 10 AMP.

ESTAZOLAM TABL. 0,002 G x 20 TABL.

LORAFEN DRAŻ. 0,001 G x 25 DRAŻ.

LORAFEN DRAŻ. 0,0025 G x 25 DRAŻ.

LUMINALUM CZOPKI 0,015 G x 10

LUMINALUM TABL. 0,015 G x 10 TABL.

LUMINALUM TABL. 0,1 G x 10 TABL.

MIDANIUM INJ. 50 MG/ 10ML x 1 AMP.

MYOLASTAN TABL. POWL 0,05 G x 20 TABL.

NITRAZEPAM TABL. 0,005 G x 20 TABL.

OXAZEPAM TABL. 0,01 G x 20 TABL.

RELANIUM INJ. 0,01 G/2 ML x 50 AMP.

RELANIUM TABL. 0,002 G X 20 TABL.

RELANIUM TABL. 0,005 G x 20 TABL.

RELANIUM ZAWIESINA 0,002 G / 5 ML - 100 ML

RELSED PŁYN 0,005 G/2,5 ML x 5 FIOŁ.

RELSED PŁYN 0,01 G/2,5 ML x 5 FIOŁ.

TRANXENE KAPS. 0,005 G x 30 KAPS.

TRANXENE KAPS. 0,01 G x 30 KAPS.

XANAX SR TABL. 0,5 MG x 30 TABL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AFOBAM TABL. 0,25 MG x 30 TABL. (ZOMIREN) OP. 5

AFOBAM TABL. 0,5 MG x 30 TABL. (ZOMIREN) OP. 230

BUNONDOL TPJ 0,2 MG x 60 TABL. OP. 2

BUNONDOL TPJ 0,4 MG x 30 TABL. OP. 2

CLONAZEPAMUM INJ. 0,001 G/1 ML x 10 AMP. OP. 6

CLONAZEPAMUM TABL. 0,002 G x 30 TABL. OP. 90

CLONAZEPAMUM TABL. 0,5 MG x 30 TABL. OP. 34

CLORANXEN TABL. 0,005 G X 30 TABL. OP. 3

CODEINUM PHOSPHOR. TABL. 0,02 G x 100 TABL. OP. 6

DIHYDROERGOT. METH. KR.DOUSTNE 0,002 G/ 1 ML 15 ML OP. 32

**dostawa produktów leczniczych różnych**

DORMICUM TABL. POWL 0,0075 G x 10 TABL. OP. 270  
 DORMICUM TABL. POWL 0,015 G x 100 TABL. OP. 9  
 ELENIUM DRAŻ. 0,01 G x 20 DRAŻ. OP. 3  
 EPHEDRINUM H/CHLORIC. INJ. 0,025 G/1 ML x 10 AMP. OP. 160  
 ESTAZOLAM TABL. 0,002 G x 20 TABL. OP. 90  
 LORAFEN DRAŻ. 0,001 G x 25 DRAŻ. OP. 12  
 LORAFEN DRAŻ. 0,0025 G x 25 DRAŻ. OP. 4  
 LUMINALUM CZOPKI 0,015 G x 10 OP. 30  
 LUMINALUM TABL. 0,015 G x 10 TABL. OP. 5  
 LUMINALUM TABL. 0,1 G x 10 TABL. OP. 2  
 MIDANIUM INJ. 50 MG/ 10ML x 1 AMP. OP. 3  
 MYOLASTAN TABL. POWL 0,05 G x 20 TABL. OP. 280  
 NITRAZEPAM TABL. 0,005 G x 20 TABL. OP. 220  
 OXAZEPAM TABL. 0,01 G x 20 TABL. OP. 140  
 RELANIUM INJ. 0,01 G/2 ML x 50 AMP. OP. 210  
 RELANIUM TABL. 0,002 G X 20 TABL. OP. 50  
 RELANIUM TABL. 0,005 G x 20 TABL. OP. 240  
 RELANIUM ZAWIESINA 0,002 G / 5 ML - 100 ML OP. 3  
 RELSED PŁYN 0,005 G/2,5 ML x 5 FIOL. OP. 5  
 RELSED PŁYN 0,01 G/2,5 ML x 5 FIOL. OP. 4  
 TRANXENE KAPS. 0,005 G x 30 KAPS. OP. 2  
 TRANXENE KAPS. 0,01 G x 30 KAPS. OP. 2  
 XANAX SR TABL. 0,5 MG x 30 TABL. OP. 3

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
28313.20

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (12)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 12 NAZWA leki różne XII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych;

CONTROLOC TABL. 0,04 G x 100 TABL.

DIPHERGAN SYROP 0,1%-150 ML

EBRANTIL INJ. 0,025 G/5 ML x 5 AMP.

EUPHYLLIN CR RETARD TABL. POWL 0,25 G x 30 TABL.

EUPHYLLIN LONG KAPS. 0,3 G x 30 KAPS.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

CONTROLOC TABL. 0,04 G x 100 TABL. OP. 8

DIPHERGAN SYROP 0,1%-150 ML OP. 10

EBRANTIL INJ. 0,025 G/5 ML x 5 AMP. OP. 110

EUPHYLLIN CR RETARD TABL. POWL 0,25 G x 30 TABL. OP. 80

EUPHYLLIN LONG KAPS. 0,3 G x 30 KAPS. OP. 10

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
13786.72

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (13)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 13 NAZWA substancje do receptury XIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 substancji do receptury i innych:

ACIDUM BORICUM CRIS. SUBST.- OP A 1 KG  
 ACIDUM SALICYLICUM SUBST.- OP. A 0,1 KG  
 AMMONII BITUMINOSULFONAS. -OP. A 0,5 KG  
 ARGENTI NITRAS SUBST.-OP. A 0,05 KG  
 BENZINUM -OP. A 1 L  
 BENZOCAINUM (ANAESTHESINUM ) SUBST.- OP. A 0,025 KG  
 CALCII CARBONAS PPT. SUBST.-OP. A 1 KG  
 CALCIUM CHLORATUM SUBST.- OP. A 0,05 KG  
 CIGNOLINUM ( DITHRANOL ) SUBST.-OP. A 0,01 KG  
 COFFEINI ET NATRII BENZOATIS FAS.- OP. A 25G  
 DERMATOL ZASYPKA 2G  
 DETROMECCYNA (CHLORAMPHENICOL ) SUBST.-OP. A 0,005 KG  
 EPHEDRINI HYDROCHLORIDUM SUBST.-OP. A 0,01 KG  
 ERYTHROMYCINUM SUBST. A 0,005 KG  
 FORMALDEHYDUM 40% PŁYN X 1 KG.  
 GENTAMYCIN SULFAT SUBST. A 0,005 KG  
 HYDROCORTISONUM SUBST. A 0,01 KG  
 HYDROGENI PEROXIDUM 30% X 1 KG.  
 KALII IODIDUM SUBST.-OP. A 0,05 KG  
 MAGNESIUM SULFURICUM SUBST. FAS -OP. A 25 G.  
 METHYLENUM COERULEUM SUBST.-OP. A 0,01 KG  
 NATRII CHLORIDUM CZ.D.A. SUBST.  
 NATRII CITRAS SUBST.-OP. A 0,05 KG  
 NATRII TETRABORAS SUBST.-OP. A 0,1 KG  
 NATRIUM BICARBONICUM SUBST.-OP. A 0,1 KG  
 NYSTATINUM SUBST.OP. A 0,005 KG  
 NEOMYCINI SULFAS SUBST.-OP. A 0,01 KG  
 OLEUM CACAO ( WIÓRKI )- OP. A 0,1 KG  
 OLEUM RAPAE -OP. A 1 L  
 OLEUM RICINI - OP. A 1 L  
 PILOCARPINI HYDROCHLORIDUM SUBST.OP. A 0,001 KG  
 SULFAGUANIDINUM SUBST.-OP. A 0,05 KG  
 SULFUR PRAECIPITATUM SUBST.-OP. A 0,1 KG  
 TANNINUM ( ACIDUM TANNICUM ) SUBST.  
 THIOMERSALUM SUBST.-OP. A 0,005 KG  
 TRAN NATURALNY 240 ML  
 UREA PURA SUBST.-OP. A 0,05 KG  
 ZINCI OXIDUM SUBST.-OP. A 0,1 KG  
 HYDRARGYRUM SUFUR. RUBRUM -OP. A 0,005 KG  
 FORMALDEHYDUM 10% PŁYN X 1 KG  
 3 % WODA UTLENIONA -OP. â 100 G  
 3 % WODA UTLENIONA -OP. â 1 KG  
 CHLORHEXIDINUM GLUC. PŁYN 20 % 500 ML

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

**dostawa produktów leczniczych różnych**

ACIDUM BORICUM CRIS. SUBST.- OP A 1 KG KG. 5  
 ACIDUM SALICYLICUM SUBST.- OP. A 0,1 KG KG. 1,6  
 AMMONII BITUMINOSULFONAS. -OP. A 0,5 KG KG. 1  
 ARGENTI NITRAS SUBST.-OP. A 0,05 KG KG. 0,9  
 BENZINUM -OP. A 1 L OP. 90  
 BENZOCAINUM (ANAESTHESINUM ) SUBST.- OP. A 0,025 KG KG. 1,4  
 CALCII CARBONAS PPT. SUBST.-OP. A 1 KG KG. 4  
 CALCIUM CHLORATUM SUBST.- OP. A 0,05 KG KG. 0,2  
 CIGNOLINUM ( DITHRANOL ) SUBST.-OP. A 0,01 KG KG. 0,03  
 COFFEINI ET NATRII BENZOATIS FAS.- OP. A 25G KG. 0,4  
 DERMATOL ZASYPKA 2G OP. 170  
 DETROMECCYNA (CHLORAMPHENICOL ) SUBST.-OP. A 0,005 KG KG. 0,92  
 EPHEDRINI HYDROCHLORIDUM SUBST.-OP. A 0,01 KG KG. 0,12  
 ERYTHROMYCINUM SUBST. A 0,005 KG KG. 0,04  
 FORMALDEHYDUM 40% PŁYN X 1 KG. KG. 40  
 GENTAMYCIN SULFAT SUBST. A 0,005 KG KG. 0,05  
 HYDROCORTISONUM SUBST. A 0,01 KG KG. 0,8  
 HYDROGENI PEROXIDUM 30% X 1 KG. KG. 120  
 KALII IODIDUM SUBST.-OP. A 0,05 KG KG. 0,5  
 MAGNESIUM SULFURICUM SUBST. FAS -OP. A 25 G. OP. 40  
 METHYLENUM COERULEUM SUBST.-OP. A 0,01 KG KG. 0,01  
 NATRII CHLORIDUM CZ.D.A. SUBST. KG. 0,5  
 NATRII CITRAS SUBST.-OP. A 0,05 KG KG. 0,1  
 NATRII TETRABORAS SUBST.-OP. A 0,1 KG KG. 2,8  
 NATRIUM BICARBONICUM SUBST.-OP. A 0,1 KG KG. 3  
 NYSTATINUM SUBST.OP. A 0,005 KG KG. 0,03  
 NEOMYCINI SULFAS SUBST.-OP. A 0,01 KG KG. 1,2  
 OLEUM CACAO ( WIÓRKI )- OP. A 0,1 KG KG. 1  
 OLEUM RAPAE -OP. A 1 L KG. 15  
 OLEUM RICINI - OP. A 1 L KG. 15  
 PILOCARPINI HYDROCHLORIDUM SUBST.OP. A 0,001 KG KG. 0,001  
 SULFAGUANIDINUM SUBST.-OP. A 0,05 KG KG. 1,7  
 SULFUR PRAECIPITATUM SUBST.-OP. A 0,1 KG KG. 0,6  
 TANNINUM ( ACIDUM TANNICUM ) SUBST. KG. 0,1  
 THIOMERSALUM SUBST.-OP. A 0,005 KG KG. 0,07  
 TRAN NATURALNY 240 ML OP. 15  
 UREA PURA SUBST.-OP. A 0,05 KG KG. 0,3  
 ZINCI OXIDUM SUBST.-OP. A 0,1 KG KG. 1,5  
 HYDRARGYRUM SUFUR. RUBRUM -OP. A 0,005 KG KG. 0,01  
 FORMALDEHYDUM 10% PŁYN X 1 KG KG. 500  
 3 % WODA UTLENIONA -OP. à 100 G OP. 40  
 3 % WODA UTLENIONA -OP. à 1 KG OP. 20  
 CHLORHEXIDINUM GLUC. PŁYN 20 % 500 ML OP. 2

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
16493.22

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (14)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 14 NAZWA podłoża do receptury, żel do USG oraz spirytus XIV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 podłoż do receptury, żelu do USG oraz spirytusu:

DERMOFIT F 500 G

EUCERINUM 1 KG

GLYCEROLUM 86 % X 1 KG

LANOLINUM ANHYDRICUM A 1 KG

PARAFFINUM LIQUIDUM 800 G

RIVANOLUM ( ETHACRIDINI LACTAS ) SUBS. 50 G

SOLUTIO JODI SPIRITUOSA PŁYN 800 G

SPIRITUS SALICYLATUS 2% A 1 KG

SPIRYTUS 70% SKAŻ. HIBITANEM 0,5% X 1 KG.

VASELINUM ALBUM 1 KG

ŻEL DO USG I EKG 500 G

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

DERMOFIT F 500 G OP. 310

EUCERINUM 1 KG KG. 150

GLYCEROLUM 86 % X 1 KG KG. 19

LANOLINUM ANHYDRICUM A 1 KG KG. 40

PARAFFINUM LIQUIDUM 800 G KG. 15

RIVANOLUM ( ETHACRIDINI LACTAS ) SUBS. 50 G KG. 0,7

SOLUTIO JODI SPIRITUOSA PŁYN 800 G KG. 18

SPIRITUS SALICYLATUS 2% A 1 KG KG. 55

SPIRYTUS 70% SKAŻ. HIBITANEM 0,5% X 1 KG. OP. 800

VASELINUM ALBUM 1 KG KG. 82

ŻEL DO USG I EKG 500 G OP. 900

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
35311.01

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:

lub dniach: 12

(od udzielenia zamówienia)

LUB

(dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie

(dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (15)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 15 NAZWA SEVOFLURANE XV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego SEVOFLURANE PŁYN 250 ML  
 OPAKOWANIE Z BEZPOŚREDNIM SYSTEMEM NEPEŁNIANIA- BEZ DODATKOWYCH ELEMNTÓW  
 ŁACZACYCH BUTELKĘ Z PAROWNIKIEM (NA KAZDEJ BUTELCE NA STAŁE ZAMONTOWANY ADAPTER)  
 :

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

SEVOFLURANE PŁYN 250 ML

OPAKOWANIE Z BEZPOŚREDNIM SYSTEMEM NEPEŁNIANIA- BEZ DODATKOWYCH ELEMNTÓW  
 ŁACZACYCH BUTELKĘ Z PAROWNIKIEM (NA KAZDEJ BUTELCE NA STAŁE ZAMONTOWANY ADAPTER)  
 OP. 110

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 35904.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (16)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 16 NAZWA błękit trypanu XVI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , wyrobów medycznych:

0,15 % R-R BŁĘKITU TRYPANU W SOLI FIZJOLOGICZNEJ DO BARWIENIA I WIZUALIZACJI BŁON EPIRETINALNYCH I BŁONY GRANICZNEJ WEWNĘTRZNEJ, FIOŁKI SZKLANE PO 0,5 ML

0,06% R-R BŁĘKITU TRYPANU SODU W SOLI FIZJOLOGICZNEJ DO BARWIENIA PRZEDNIEJ TOREBKI SOCZEWKI PRZED CAPSULORRHEXIS, FIOŁKI SZKLANE PO 0,5 ML

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

0,15 % R-R BŁĘKITU TRYPANU W SOLI FIZJOLOGICZNEJ DO BARWIENIA I WIZUALIZACJI BŁON EPIRETINALNYCH I BŁONY GRANICZNEJ WEWNĘTRZNEJ, FIOŁKI SZKLANE PO 0,5 ML AMP. 20

0,06% R-R BŁĘKITU TRYPANU SODU W SOLI FIZJOLOGICZNEJ DO BARWIENIA PRZEDNIEJ TOREBKI SOCZEWKI PRZED CAPSULORRHEXIS, FIOŁKI SZKLANE PO 0,5 ML AMP. 640

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
50700.00

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (17)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 17 NAZWA AMOKSIKLAV XVII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego AMOKSIKLAV FIOL. 1,2 G X 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AMOKSIKLAV FIOL. 1,2 G X 1 FIOL. OP. 55500

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 204795.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (18)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 18 NAZWA leki różne XVIII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktów leczniczych:

BIORACEF TABL. 0,5 G x 10 TABL.

BIOFUROKSYM INJ. 1,5 G x 1 AMP.

BIOFUROKSYM INJ. 0,75 G x 1 AMP. OD 1-GO DNIA ŻYCIA

BIODACYNA INJ. 0,25G / 2ML X 1 FIOL.

BIODACYNA INJ. 0,5 / 2ML X 1 FIOL.

BIODACYNA INJ. 1 G / 4 ML X 1 FIOL.

BIODACYNA OPHT.KR. OCNIE 0,3% 10 ML X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

BIORACEF TABL. 0,5 G x 10 TABL. OP. 5

BIOFUROKSYM INJ. 1,5 G x 1 AMP. OP. 11000

BIOFUROKSYM INJ. 0,75 G x 1 AMP. OD 1-GO DNIA ŻYCIA OP. 390

BIODACYNA INJ. 0,25G / 2ML X 1 FIOL. OP. 1000

BIODACYNA INJ. 0,5 / 2ML X 1 FIOL. OP. 4800

BIODACYNA INJ. 1 G / 4 ML X 1 FIOL. OP. 20

BIODACYNA OPHT.KR. OCNIE 0,3% 10 ML X 1 OP. 460

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
45054.20

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (19)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 19 NAZWA KLACID XIX

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktów leczniczych:

KLACID TABL. 0,5 G x 14 TABL.

KLACID TABL. 0,25 G x 14 TABL.

KLACID INJ. 0,5 G x 1 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

KLACID TABL. 0,5 G x 14 TABL. OP. 110

KLACID TABL. 0,25 G x 14 TABL. OP. 10

KLACID INJ. 0,5 G x 1 AMP. FIOL. 740

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
19881.40

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (20)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 20 NAZWA leki różne XX

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

FLUDARA ORAL TABL. POWL. 10 MG X 20 TABL.

METHOTREXAT TABL. 0,0025 G x 50 TABL.

SZCZEPIONKA ONKO BCG 100 AMP Z FIOŁ. X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

FLUDARA ORAL TABL. POWL. 10 MG X 20 TABL. OP. 30

METHOTREXAT TABL. 0,0025 G x 50 TABL. OP. 68

SZCZEPIONKA ONKO BCG 100 AMP Z FIOŁ. X 1 FIOŁ. 420

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 107925.78		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (21)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 21 NAZWA **środki kontrastowe XXI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 środków kontrastowych:

IOMERON 350 INJ. 100 ML x 1

IOMERON 350 INJ. 50 ML x 1

IOMERON 400 INJ. 100 ML x 1

IOMERON 400 INJ. 50 ML x 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

IOMERON 350 INJ. 100 ML x 1 OP. 60

IOMERON 350 INJ. 50 ML x 1 OP. 20

IOMERON 400 INJ. 100 ML x 1 OP. 420

IOMERON 400 INJ. 50 ML x 1 OP. 130

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
52672.20

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (22)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 22 NAZWA śrópdki kontrastowe XXII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 środków kontrastowych:ULTRAVIST 370 mg/ml - 100ml x 1 fl.

ULTRAVIST 370 mg/ml - 200ml x 1 fl.

ULTRAVIST 300 mg/ml - 50ml x 1 fioł.

ULTRAVIST + 300 mg/ml - 20ml x 1 fioł.

UROGRAFIN 76% INJ. 50ml x 1 but

ULTRAVIST + 370 mg/ml - 50ml x 1 fioł.

UROGRAFIN 60% inj 20 ml x 10

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ULTRAVIST 370 mg/ml - 100ml x 1 fl. FL. 1100

ULTRAVIST 370 mg/ml - 200ml x 1 fl. FL. 650

ULTRAVIST 300 mg/ml - 50ml x 1 fioł. FL. 1800

ULTRAVIST + 300 mg/ml - 20ml x 1 fioł. FL. 170

UROGRAFIN 76% INJ. 50ml x 1 but FL. 300

ULTRAVIST + 370 mg/ml - 50ml x 1 fioł. FL. 350

UROGRAFIN 60% inj 20 ml x 10 op. 2

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
324503.80

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (23)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 23 NAZWA CONTROLOC XXIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego CONTROLOC INJ. 0,04 G X 1 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

CONTROLOC INJ. 0,04 G X 1 AMP. FIOL. 8100

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 59211.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (24)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 24 NAZWA **NETROMYCIN XXIV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:NETROMYCIN INJ. 0,2g / 2ml x 1 fiol.  
NETROMYCIN INJ. 0,05g / 2ml x 1 fiol.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

NETROMYCIN INJ. 0,2g / 2ml x 1 fiol. FL. 1200

NETROMYCIN INJ. 0,05g / 2ml x 1 fiol. FL. 420

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 38857.80		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (25)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 25 NAZWA MACUGEN (PEGAPTANIB) XXV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
MACUGEN (PEGAPTANIB) ampułkostrzykawka 0,3 MG / 0,09 ML R-R DO INJ. FIOL 2

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

MACUGEN (PEGAPTANIB) ampułkostrzykawka 0,3 MG / 0,09 ML R-R DO INJ. FIOL 2

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 4907.64		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (26)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 26 NAZWA leki różne XXVI

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

EFFECTIN ER TABL. 0,075 G x 28 KAPS.

SULPERAZON FIOŁKA 1 G IM/IV X 1 FIOŁ.

SULPERAZON FIOŁKA 2 G IM/IV X 1 FIOŁ.

TAZOCIN INJ. 4,5G x 12 FIOŁ. LEK ZAREJESTROWANY W LECZENIU POSOCZNICY, W ZAKAŻENIACH MIESZANYCH, GINEKOLOGII I ORTOPEDII

TYGACIL INJ. ( TYGECYKLINA IV ) 50MG X 10 FIOŁ.

ZOLOFT TABL. 0,05 G x 28 TABL.

ZYVOXID AMP. 0,002 G / 300 ML x 10 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

EFFECTIN ER TABL. 0,075 G x 28 KAPS. OP. 10

SULPERAZON FIOŁKA 1 G IM/IV X 1 FIOŁ. FL. 40

SULPERAZON FIOŁKA 2 G IM/IV X 1 FIOŁ. FL. 190

TAZOCIN INJ. 4,5G x 12 FIOŁ. LEK ZAREJESTROWANY W LECZENIU POSOCZNICY, W ZAKAŻENIACH MIESZANYCH, GINEKOLOGII I ORTOPEDII OP. 30

TYGACIL INJ. ( TYGECYKLINA IV ) 50MG X 10 FIOŁ. OP. 2

ZOLOFT TABL. 0,05 G x 28 TABL. OP. 40

ZYVOXID AMP. 0,002 G / 300 ML x 10 AMP. OP. 2

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
48807.24

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (27)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 27 NAZWA specjalistyczny opatrunek XXVII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 specjalistycznego opatrunku:

GELITASPON SPECJAL 80 X 50 X 1 MM X 20 SZT.

GELITASPON STANDARD 80 X 50 X 10 MM X 10 SZT.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

GELITASPON SPECJAL 80 X 50 X 1 MM X 20 SZT. OP. 10

GELITASPON STANDARD 80 X 50 X 10 MM X 10 SZT. OP. 35

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 7290.05		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (28)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 28 NAZWA VISUDYNE XXVIII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego:  
VISUDYNE INJ. 0,015 G IV x 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

VISUDYNE INJ. 0,015 G IV x 1 FIOL. FIOL. 65

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 325000.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (29)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 29 NAZWA GARAMYCIN SCHWAMM XXIX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 na warunkach określonych zapisami niniejszej specyfikacji oraz załączonym do niej wzorze umowy stanowiącym produktu leczniczego: GARAMYCIN SCHWAMM 10 X 10 X 0,5 CM x 1 SZT.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

10 X 10 X 0,5 CM x 1 SZT. OP. 140

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 39064.20		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (30)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 30 NAZWA produkty do leczenia żywieniowego****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktów do leczenia żywieniowego: DIBEN- KOMPLETNA DIETA DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO, PRZEZNACZONA DLA PACJENTÓW CHORYCH NA CUKRZYCĘ, O OSMOLARNOŚCI DO 270 MOSMOL/L, WOREK 500 ML.

FRESUBIN ORIGINAL -KOMPLETNA DIETA DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO O OSMOLARNOŚCI DO 330 MOSMOL/L, SMAK WANILIOWY LUB CZEKODALOWY, BUTELKA 500 ML

RECONVAN- DIETA BOGATOBIAŁKOWA O OSMOLARNOŚCI DO 270 MOSMOL/L, WOREK OBJĘTOŚĆ 500 ML

SUPPORTAN DRINK- DIETA BOGATOBIAŁKOWA O WYSOKIEJ ZAWARTOŚCI w-3 KWASÓW TŁUSZCZOWYCH O OSMOLARNOŚCI DO 440 MOSMOL/L, O SMAKU CAPPUCINO , BUTELKA OBJĘTOŚĆ 200 ML.

SUPPORTAN DIETA BOGATOBIAŁKOWA O OSMOLARNOŚCI DO 340 MOSMOL/L, WOREK OBJĘTOŚĆ 500 ML.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

DIBEN- KOMPLETNA DIETA DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO, PRZEZNACZONA DLA PACJENTÓW CHORYCH NA CUKRZYCĘ, O OSMOLARNOŚCI DO 270 MOSMOL/L, WOREK 500 ML. SZT. 50

FRESUBIN ORIGINAL -KOMPLETNA DIETA DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO O OSMOLARNOŚCI DO 330 MOSMOL/L, SMAK WANILIOWY LUB CZEKODALOWY, BUTELKA 500 ML SZT. 120

RECONVAN- DIETA BOGATOBIAŁKOWA O OSMOLARNOŚCI DO 270 MOSMOL/L, WOREK OBJĘTOŚĆ 500 ML SZT. 50

SUPPORTAN DRINK- DIETA BOGATOBIAŁKOWA O WYSOKIEJ ZAWARTOŚCI w-3 KWASÓW TŁUSZCZOWYCH O OSMOLARNOŚCI DO 440 MOSMOL/L, O SMAKU CAPPUCINO , BUTELKA OBJĘTOŚĆ 200 ML. SZT. 60

SUPPORTAN DIETA BOGATOBIAŁKOWA O OSMOLARNOŚCI DO 340 MOSMOL/L, WOREK OBJĘTOŚĆ 500 ML. SZT. 50

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
4312.50

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (31)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 31 NAZWA leki różne XXXI

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

BIOFAZOLIN INJ. 1 G x 1 FIOL.

TARECEFOKSYM INJ. 1 G x 1 FIOL.

TARTRIAxon INJ. 1 G x 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

BIOFAZOLIN INJ. 1 G x 1 FIOL. FL. 30

TARECEFOKSYM INJ. 1 G x 1 FIOL. FL. 5500

TARTRIAxon INJ. 1 G x 1 FIOL. FL. 30

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
10380.90

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (32)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 32 NAZWA wapno sodowane XXXII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , wapna sodowanego:NATRIUM HYDR. CUM CALCAE 3,3 KG X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

NATRIUM HYDR. CUM CALCAE 3,3 KG X 1 OP. 140

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 6409.20		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (33)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 33 NAZWA **ATOSSA XXXIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktu leczniczego ATOSSA INJ. 0,004 G/2 ML x 5 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ATOSSA INJ. 0,004 G/2 ML x 5 AMP. OP. 130

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 770.90		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (34)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 34 NAZWA **ESMERON XXXIV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego:

ESMERON INJ. 0,05 G/5 ML x 12 FIOL.

ESMERON INJ. 0,1 G/10 ML x 10 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ESMERON INJ. 0,05 G/5 ML x 12 FIOL. OP. 120

ESMERON INJ. 0,1 G/10 ML x 10 FIOL. OP. 5

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 30497.30		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (35)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr **35** NAZWA **HELICID XXXV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego:  
HELICID INJ. 0,04G X 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

HELICID INJ. 0,04G X 1 FIOL. FIOL. 200

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 1120.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (36)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 36 NAZWA leki różne XXXVI

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

BETALOC INJ. 0,001 G/ ML - 5ML x 5 AMP.

BETALOC ZOK TABL. 0,05 G X 28 TABL.

BETALOC ZOK TABL. 0,1 G x 28 TABL.

EMLA KREM 5 % 5 G X 1

HEMINEVRIN KAPS. 0,3 G X 100 KAPS.

MARCAINE - ADRENALINE 0,5% 20 ML x 5 AMP.

MARCAINE PLAIN 0,5% - 20 ML. X 5 AMP.

MARCAINE SPINAL HEAVY 0,5% / 4 ML x 5 AMP.

MERONEM INJ. 0,5 G x 10 FIOL.

MERONEM INJ. 1 G x 10 FIOL.

PULMICORT AMP. 0,125 MG/ML-2ML x 20 AMP.

PULMICORT RESPULES AMP. DO NEBULIZACJI 0.25 MG/ML -2ML X 20 AMP.

PULMICORT RESPULES AMP. DO NEBULIZACJI 0.5 MG/ML -2ML X 20 AMP.

XYLOCAINE 2% INJ. 1 G/50 ML x 5 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

BETALOC INJ. 0,001 G/ ML - 5ML x 5 AMP. OP. 4

BETALOC ZOK TABL. 0,05 G X 28 TABL. OP. 90

BETALOC ZOK TABL. 0,1 G x 28 TABL. OP. 5

EMLA KREM 5 % 5 G X 1 OP. 8

HEMINEVRIN KAPS. 0,3 G X 100 KAPS. OP. 18

MARCAINE - ADRENALINE 0,5% 20 ML x 5 AMP. OP. 3

MARCAINE PLAIN 0,5% - 20 ML. X 5 AMP. OP. 12

MARCAINE SPINAL HEAVY 0,5% / 4 ML x 5 AMP. OP. 270

MERONEM INJ. 0,5 G x 10 FIOL. OP. 7

MERONEM INJ. 1 G x 10 FIOL. OP. 70

PULMICORT AMP. 0,125 MG/ML-2ML x 20 AMP. OP. 80

PULMICORT RESPULES AMP. DO NEBULIZACJI 0.25 MG/ML -2ML X 20 AMP. OP. 160

PULMICORT RESPULES AMP. DO NEBULIZACJI 0.5 MG/ML -2ML X 20 AMP. OP. 80

XYLOCAINE 2% INJ. 1 G/50 ML x 5 FIOL. OP. 25

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
115073.00

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	



**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (37)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 37 NAZWA **opatrunek specjalistyczny XXXVII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 opatrunku specjalistycznego:

TACHOSIL OPAT. 9,5 CM X 4,8 CM X 0,5 CM x 1 SZT. (FIBRYNOGEN LUDZKI + TROMBINA LUDZKA)

TACHOSIL OPAT. 3 CM X 2,5 CM X 0,5 CM x 1 SZT. (FIBRYNOGEN LUDZKI + TROMBINA LUDZKA)

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

TACHOSIL OPAT. 9,5 CM X 4,8 CM X 0,5 CM x 1 SZT. (FIBRYNOGEN LUDZKI + TROMBINA LUDZKA) OP. 18

TACHOSIL OPAT. 3 CM X 2,5 CM X 0,5 CM x 1 SZT. (FIBRYNOGEN LUDZKI + TROMBINA LUDZKA) OP. 10

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 22506.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (38)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 38 NAZWA leki różne XXXVIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktów leczniczych:

ACESAN TABL. 0,03 G X 60 TABL.

ACIDUM E-AMINOCAPRONICUM 50 % / 100 G GRANULAT

ACIDUM FOLICUM TABL. 0,005 G x 30 TABL.

ACIDUM FOLICUM TABL. 0,015 G x 30 TABL.

ALANTAN PROSZEK x 50 G X 1

ALANTAN MAŚĆ 2% x 30 G X 1

ALUGASTRIN ZAWIESINA 250 ML x 1

ANEXATE INJ. 0,5 MG/5ML X 5 AMP.

ANTICOL TABL. 0,5 G x 30 TABL.

ASCOFER DRAŻ. X 50

BARIUM SULFURICUM 200 G X 1 SUSP.

BONVIVA INJ. 0,003G/ 3 ML X 1 AMP/STRZ.

BUDESONID FORTE AEROSZOL 0,2 MG /10 ML 200 DOZ.

BUDESONID MITE AEROSZOL 0,05 MG /10 ML 200 DOZ.

BUSCOLYSIN INJ. 0,02 G/1 ML x 10 AMP.

COAPARIN INJ. 5000 J. M./0,2 ML X 10 AMP.

COSOPT KROPLE DO OCZU 5 ML x 1

COLCHICUM DISPERT DRAŻ. 0,5 MG X 20 DRAŻ.

CYCLONAMINE TABL. 0,25 G x 30 TABL.

DESFERAL INJ. 0,5 G x 10 AMP.

DETREOMYCYN MAŚĆ 1% x 5 G X 1

DETREOMYCYN MAŚĆ 2% x 5 G X 1

DIPROPHOS INJ. 0,007 G/ 1 ML X 5 AMP.

ESSENTIALE FORTE KAPS. X 50 KAPS.

ETAPROBEN PŁYN 500 ML x 1

FENACTIL DRAŻ. 0,1 G x 30 DRAŻ

FENOTEROL INJ. 0,5 G /10 ML X 15 AMP.

FIXOCYT PŁYN 100 ML x 1

FURAGINUM TABL. 0,05 G x 30 TABL.

GLYCOPHOS AMP. 4,32 G/ 20 ML X 1

GLUCOSTERIL 40 % AMP. 10 ML X 20 AMP.

GRANOCYTE (LENOGRASTIMUM) PROSZEK I ROZPUSZCZALNIK DO SPORZĄDZANIA ROZTWORU 33,6

MIU 0,263 MG X 5 FIOŁ. + AMPUŁKOSTRZYKAWKI 1 ML

HEMORECTAL CZOPKI x 10

HYDROKSYETYLOSKROBIA INJ. 10 % 500 ML X 1

HYDROKSYETYLOSKROBIA INJ. 6 % 500 ML X 1

HYDROXYZINUM RENAUDIN INJ.0,1 G / 2 ML X 10 AMP.

IBUFEN SYROP 100 G X 1

IMURAN TABL. 0,05 G X 100 TABL.

KLACID PROSZEK 0,125 G/5 ML x 100 ML

KLACID PROSZEK 0,125 G/5 ML x 60 ML

KLACID PROSZEK 0,25 G/5 ML x 100 ML

KLACID PROSZEK 0,25G/ 5 ML X 60 ML

KLOZAPOL TABL. 0,025G X 50 TABL.

KLOZAPOL TABL. 0,1 G X 50 TABL.

LACTULOSUM SYROP 2,5 G/5 ML x 150 ML.

LAKCID PROSZEK x 10

LINOMAG PŁYN 70 G X 1

LINOMAG KREM 20 % / 30 G X 1

LINOMAG MAŚĆ 20 % / 30 G X 1

LUTEINA 50 TABL. PODJ. 0,05 G x 30 TABL.

MAŚĆ CYNKOWA 20 G X 1

**dostawa produktów leczniczych różnych**

METHYLOERGOMETRINUM INJ.0,2 MG /1ML X 5 AMP.  
 MIZODIN TABL. 0,25 G x 60 TABL.  
 NATRIUM CHLORATUM INJ.0,9%/10 ML X 100 AMP.  
 NIDRAZID TABL. 100 MG X 250 TABL.  
 NIFUROKSAZYD TABL. POWL 0,1 G x 24 TABL.  
 NIVALIN INJ. 0,0025 G/1 ML x 10 AMP.  
 NIVALIN INJ. 0,005 G/1 ML x 10 AMP.  
 NOVOSCABIN PŁYN 30% x 150 ML X 1  
 NUROFEN CZOPKI DLA DZIECI 0,125 G X 10 CZOPKÓW  
 NUROFEN CZOPKI DLA DZIECI 0,06 G X 10 CZOPKÓW  
 OXYTOCIN INJ. 5 J.M./1 ML x 10 AMP.  
 PEDITRACE INJ. 10 ML X 10 FIOŁ.  
 PENTASA ZAWIES. 1 G/ 100ML X 7 WLEWEK  
 PHENYTOINUM TABL.POWL. 0,1 G X 60  
 PROMAZIN DRAŻ. 0,025 G X 60 DRAŻ  
 PROMAZIN DRAŻ. 0,05 G X 60 DRAŻ  
 PROMAZIN DRAŻ. 0,1 X 60 DRAŻ.  
 PRADAXA KAPS. 0,11 G X 30 KAPS.  
 PYRALGINUM CZOPKI 0,75 G x 10  
 PYRAZINAMID TABL. 0,5 G x 250 TABL.  
 RISPOLEPT TABL. POWL. 0,002 G x 20 TABL.  
 RUTINOSCORBIN DRAŻ. X 30 DRAŻ.  
 SCOPOLAN DRAŻ. 0,01 G x 30 DRAŻ.  
 SPIRONOL 100 TABL. 0,1 G x 20 TABL.  
 SPIRONOL TABL. 0,025 G x 100 TABL.  
 SULFARINOL KR.DO NOSA 20 ML x 1  
 SOLUVIT INJ. 10 ML X 10 FIOŁ.  
 SUPRANE ( DESFLURANE ) PŁYN 240 ML X 1  
 SZCZEPIONKA BŁONICZO- TĘŻCOWA AMP 0,5 ML x 1 AMP.  
 TISERCIN TABL. POWL 0,025 G x 50 TABL.  
 TOBREX KROPLE 0,3% - 5 ML X 1  
 UBRETID TABL. 0,005 G x 20 TABL.  
 UBRETID INJ. 0,5 MG/1 ML x 5 AMP.  
 URANDIL TABL. 0,05 G x 30 TABL.  
 UROLIN KAPS. 0,2 G x 20 KAPS.  
 UROMITEXAN INJ. 0,4 G/4 ML x 15 AMP.  
 VERMOX TABL. 0,1 G x 6 TABL.  
 VICI AMP. 500 MG /5 ML X 5 AMP.  
 VITALIPID N INFANT INJ. 10 ML X 10 FIOŁ.  
 VITA K KAPS. X 30  
 VITAMINUM A+E KAPS. X 30  
 VITAMINUM A PŁYN 45000 J.M./1 ML - 10 ML x 1  
 VITAMINUM A+D3 KR.DOUSTNE 10 ML x 1  
 VITAMINUM B1 TABL. 0,003 G x 50 TABL.  
 VITAMINUM B1 TABL. 0,025 G x 50 TABL.  
 VITAMINUM B2 TABL. POWL. 0,003 G x 30 TABL.  
 VITAMINUM C TABL. 0,1 G x 50 TABL.  
 VITAMINUM D3 KR.DOUSTNE 10 ML x 1 (DEVICAP)  
 VITAMINUM E KAPS. 0,1 G x 30 KAPS.  
 VITAMINUM E płyn 0,3 G/1 ML - 10 ML x 1  
 WARFIN TABL. 0,003 G X 100 TABL.  
 WARFIN TABL. 0,005 G X 100 TABL.  
 ZENTEL TABL. 0,2 G x 2 TABL.  
 ZENTEL ZAWIESINA 20 ML X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**dostawa produktów leczniczych różnych****3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ACESAN TABL. 0,03 G X 60 TABL. OP. 4  
ACIDUM E-AMINOCAPRONICUM 50 % / 100 G GRANULAT OP. 5  
ACIDUM FOLICUM TABL. 0,005 G x 30 TABL. OP. 25  
ACIDUM FOLICUM TABL. 0,015 G x 30 TABL. OP. 210  
ALANTAN PROSZEK x 50 G X 1 OP. 1350  
ALANTAN MAŚĆ 2% x 30 G X 1 OP. 130  
ALUGASTRIN ZAWIESINA 250 ML x 1 OP. 290  
ANEXATE INJ. 0,5 MG/5ML X 5 AMP. OP. 1  
ANTICOL TABL. 0,5 G x 30 TABL. OP. 3  
ASCOFER DRAŻ. X 50 OP. 130  
BARIUM SULFURICUM 200 G X 1 SUSP. OP. 170  
BONVIVA INJ. 0,003G/ 3 ML X 1 AMP/STRZ. AMP. 10  
BUDESONID FORTE AEROSOL 0,2 MG /10 ML 200 DOZ. OP. 5  
BUDESONID MITE AEROSOL 0,05 MG /10 ML 200 DOZ. OP. 5  
BUSCOLYSIN INJ. 0,02 G/1 ML x 10 AMP. OP. 180  
COAPARIN INJ. 5000 J. M./0,2 ML X 10 AMP. OP. 20  
COSOPT KROPLE DO OCZU 5 ML x 1 OP. 30  
COLCHICUM DISPERT DRAŻ. 0,5 MG X 20 DRAŻ. OP. 40  
CYCLONAMINE TABL. 0,25 G x 30 TABL. OP. 130  
DESFERAL INJ. 0,5 G x 10 AMP. OP. 20  
DETREOMYCYN MAŚĆ 1% x 5 G X 1 OP. 340  
DETREOMYCYN MAŚĆ 2% x 5 G X 1 OP. 1300  
DIPROPHOS INJ. 0,007 G/ 1 ML X 5 AMP. OP. 10  
ESSENTIALE FORTE KAPS. X 50 KAPS. OP. 12  
ETAPROBEN PŁYN 500 ML x 1 OP. 2  
FENACTIL DRAŻ. 0,1 G x 30 DRAŻ OP. 3  
FENOTEROL INJ. 0,5 G /10 ML X 15 AMP. OP. 25  
FIXOCYT PŁYN 100 ML x 1 OP. 1  
FURAGINUM TABL. 0,05 G x 30 TABL. OP. 800  
GLYCOPHOS AMP. 4,32 G/ 20 ML X 1 FIOL. 170  
GLUCOSTERIL 40 % AMP. 10 ML X 20 AMP. OP. 50  
GRANOCYTE (LENOGRASTIMUM) PROSZEK I ROZPUSZCZALNIK DO SPORZĄDZANIA ROZTWORU 33,6 MIU 0,263 MG X 5 FIOL. + AMPUŁKOSTRZYKAWKI 1 ML OP 12  
HEMORECTAL CZOPKI x 10 OP. 95  
HYDROKSYETYLOSKROBIA INJ. 10 % 500 ML X 1 FL. 40  
HYDROKSYETYLOSKROBIA INJ. 6 % 500 ML X 1 FL. 150  
HYDROXYZINUM RENAUDIN INJ.0,1 G / 2 ML X 10 AMP. OP. 340  
IBUFEN SYROP 100 G X 1 OP. 490  
IMURAN TABL. 0,05 G X 100 TABL. OP. 5  
KLACID PROSZEK 0,125 G/5 ML x 100 ML OP. 10  
KLACID PROSZEK 0,125 G/5 ML x 60 ML OP. 10  
KLACID PROSZEK 0,25 G/5 ML x 100 ML OP. 26  
KLACID PROSZEK 0,25G/ 5 ML X 60 ML OP. 8  
KLOZAPOL TABL. 0,025G X 50 TABL. OP. 6  
KLOZAPOL TABL. 0,1 G X 50 TABL. OP. 3  
LACTULOSUM SYROP 2,5 G/5 ML x 150 ML. OP. 1100  
LAKCID PROSZEK x 10 OP. 2  
LINOMAG PŁYN 70 G X 1 OP. 10  
LINOMAG KREM 20 % / 30 G X 1 OP. 110  
LINOMAG MAŚĆ 20 % / 30 G X 1 OP. 1230  
LUTEINA 50 TABL. PODJ. 0,05 G x 30 TABL. OP. 3  
MAŚĆ CYNKOWA 20 G X 1 OP. 4  
METHYLOERGOMETRINUM INJ.0,2 MG /1ML X 5 AMP. OP. 200  
MIZODIN TABL. 0,25 G x 60 TABL. OP. 3  
NATRIUM CHLORATUM INJ.0,9%/10 ML X 100 AMP. OP. 20  
NIDRAZID TABL. 100 MG X 250 TABL. OP. 4  
NIFUROKSAZYD TABL. POWL 0,1 G x 24 TABL. OP. 520  
NIVALIN INJ. 0,0025 G/1 ML x 10 AMP. OP. 12

**dostawa produktów leczniczych różnych**

NIVALIN INJ. 0,005 G/1 ML x 10 AMP. OP. 5  
NOVOSCABIN PŁYN 30% x 150 ML X 1 OP. 5  
NUROFEN CZOPKI DLA DZIECI 0,125 G X 10 CZOPKÓW OP. 40  
NUROFEN CZOPKI DLA DZIECI 0,06 G X 10 CZOPKÓW OP. 10  
OXYTOCIN INJ. 5 J.M./1 ML x 10 AMP. OP. 580  
PEDITRACE INJ. 10 ML X 10 FIOŁ. OP. 12  
PENTASA ZAWIES. 1 G/ 100ML X 7 WLEWEK OP. 6  
PHENYTOINUM TABL.POWL. 0,1 G X 60 OP. 3  
PROMAZIN DRAŻ. 0,025 G X 60 DRAŻ OP. 8  
PROMAZIN DRAŻ. 0,05 G X 60 DRAŻ OP. 8  
PROMAZIN DRAŻ. 0,1 X 60 DRAŻ. OP. 8  
PRADAXA KAPS. 0,11 G X 30 KAPS. OP. 25  
PYRALGINUM CZOPKI 0,75 G x 10 OP. 10  
PYRAZINAMID TABL. 0,5 G x 250 TABL. OP. 6  
RISPOLEPT TABL. POWL. 0,002 G x 20 TABL. OP. 2  
RUTINOSCORBIN DRAŻ. X 30 DRAŻ. OP. 1200  
SCOPOLAN DRAŻ. 0,01 G x 30 DRAŻ. OP. 210  
SPIRONOL 100 TABL. 0,1 G x 20 TABL. OP. 70  
SPIRONOL TABL. 0,025 G x 100 TABL. OP. 130  
SULFARINOL KR.DO NOSA 20 ML x 1 OP. 550  
SOLUVIT INJ. 10 ML X 10 FIOŁ. OP. 10  
SUPRANE ( DESFLURANE ) PŁYN 240 ML X 1 OP. 4  
SZCZEPIONKA BŁONICZO- TĘŻCOWA AMP 0,5 ML x 1 AMP. OP. 30  
TISERCIN TABL. POWL 0,025 G x 50 TABL. OP. 8  
TOBREX KROPLE 0,3% - 5 ML X 1 OP. 5  
UBRETID TABL. 0,005 G x 20 TABL. OP. 10  
UBRETID INJ. 0,5 MG/1 ML x 5 AMP. OP. 8  
URANDIL TABL. 0,05 G x 30 TABL. OP. 8  
UROLIN KAPS. 0,2 G x 20 KAPS. OP. 35  
UROMITEXAN INJ. 0,4 G/4 ML x 15 AMP. OP. 14  
VERMOX TABL. 0,1 G x 6 TABL. OP. 100  
VICI AMP. 500 MG /5 ML X 5 AMP. OP. 800  
VITALIPID N INFANT INJ. 10 ML X 10 FIOŁ. OP. 10  
VITA K KAPS. X 30 OP. 2  
VITAMINUM A+E KAPS. X 30 OP. 6  
VITAMINUM A PŁYN 45000 J.M./1 ML - 10 ML x 1 OP. 120  
VITAMINUM A+D3 KR.DOUSTNE 10 ML x 1 OP. 2  
VITAMINUM B1 TABL. 0,003 G x 50 TABL. OP. 3  
VITAMINUM B1 TABL. 0,025 G x 50 TABL. OP. 22  
VITAMINUM B2 TABL. POWL. 0,003 G x 30 TABL. OP. 5  
VITAMINUM C TABL. 0,1 G x 50 TABL. OP. 330  
VITAMINUM D3 KR.DOUSTNE 10 ML x 1 (DEVICAP) OP. 10  
VITAMINUM E KAPS. 0,1 G x 30 KAPS. OP. 5  
VITAMINUM E płyn 0,3 G/1 ML - 10 ML x 1 OP. 2  
WARFIN TABL. 0,003 G X 100 TABL. OP. 6  
WARFIN TABL. 0,005 G X 100 TABL. OP. 10  
ZENDEL TABL. 0,2 G x 2 TABL. OP. 12  
ZENDEL ZAWIESINA 20 ML X 1 OP. 6

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
152409.52

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12

lub dniach:

(od udzielenia zamówienia)

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)
Rozpoczęcie	
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (39)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 39 NAZWA leku różne i inne XXXIX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych, wyrobów medycznych opatrunków oraz innych:

ACCUPRO TABL. POWL 0,005 G x 30 TABL.  
ACCUPRO TABL. POWL 0,01 G x 30 TABL.  
ACCUPRO TABL. POWL 0,02 G x 30 TABL.  
AETHOXYSKLEROL INJ. 1%/2 ML x 5 AMP.  
AETHYLIIUM CHLORATUM AEROZOL 70 G x 1  
AGAPURIN DRAŻ. 0,1 G x 60 DRAŻ  
AGAPURIN RETARD TABL. POWL 0,6 G x 20 TABL.  
AGAPURIN TABL. POWL 0,4 G x 20 TABL.  
AKINETON TABL. POWL. 0,002 G X 50 TABL.  
ALAX DRAŻ X 20 DRAŻ  
ALDACTONE INJ. 0,2 G/10 ML x 10 AMP.  
ALLUPOL TABL. 0,1 G x 50 TABL.  
ALUSAL TABL. 0,5 G x 30 TABL.  
AMINOMEL 12,5 E FL. A 500 ML  
AMINOPHYLLINUM CZOPKI 0,05 G x 10 SUPP.  
AMINOPHYLLINUM CZOPKI 0,1 G x 10 SUPP.  
ANTYTOKSYNA JADU ŻMIJI INJ. 500 J 5 ML x 1 AMP.  
ANTYTOKSYNA TĘŻCOWA KOŃSKA INJ. 3000 J/10 ML (X1)  
AQUA GEL - OPATRUNEK 10 CM X 12 CM x 1 SZT.  
AQUA GEL - OPATRUNEK 12 CM X 12 CM x 1 SZT.  
AREDIA INJ. 0,09 G x 1 FIOL.  
ATROVENT LS 0,25 MG/1 ML - 20 ML x 1  
ATROVENT N AEROZOL 10 ML 200 DOZ x 1  
AUGMENTIN SYROP 457 MG/ 5 ML - 35 ML  
AUREX 20 TABL. 0,02 G X 20 TABL.  
BANEOCIN MAŚĆ 20 G X 1  
BEDICORT G KREM 15 G  
BELLAPAN TABL. 0,00025 G x 20 TABL.  
BEMECOR INJ. 0,2 MG/2ML X 25 AMP.  
BERODUAL INHAL. 20 ML x 1  
BERODUAL N AEROZOL 10ML x 200 DAWEK  
BEROTEC N AEROZOL 10 ML X 200 DAWEK  
BETAMANN KROPLE DO OCZU 0,1 % X 5 ML  
BETASERC TABL. 0,008 G X 30 TABL.  
BISEPTOL ZAWIESINA x 100 ML x 1  
BROMOCORN TABL. 0,0025 G X 30 TABL.  
CALCITONIN 100 INJ. 100 J.M./ 1 ML X 5 AMP.  
CALCIUM SYROP BANANOWY 150 G x 1  
CALCIUM DOBESILATE TABL. 0,25 G x 30 TABL.  
CALCIUM GLUCONICUM TABL. 0,5 G x 50 TABL.  
CAPTOPRIL TABL. 0,025 G x 30 TABL.  
CAPTOPRIL TABL. 0,05 G x 30 TABL.  
CETAPHIL MD BALSAM 200 ML  
CHIBROXIN KR.OCZNE 0,3% - 5 ML x 1  
CHLORPROTHIXEN TABL. 0,05 G x 50 TABL.  
CHLORPROTHIXEN TABL. POWL 0,015 G x 50 TABL.  
CITROLYT GRANULAT 220 G x 1  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 4 X 1 M x 1  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 6 X 1 M x 1  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 6 X 10 M x 1  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 8 X 1 M x 1  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 8 X 10 M x 1



**dostawa produktów leczniczych różnych**

COMFEEL OPATRUNEK 10 CM x 10 CM x 1 SZT.  
COMFEEL OPATRUNEK 15 CM x 15 CM x 1 SZT.  
COMFEEL PASTA 50 G X 1  
CONCOR COR TABL. 1,25 MG X 28 TABL.  
CORNEREGEL ŻEL 5 % 10 G x 1  
CUSICROM KROPLE DO OCZU 4% 10 ML X 1  
CUPRENIL ( PENICILLAMINE ) TABL. POWL 0,25 G x 30 TABL.  
CUSIMOLOL KROPLE 0,5% 5 ML x 1  
CUSIVIRAL MAŚĆ OCZNA 3% - 4,5 G x 1  
CUTIVATE KREM 15 G X 1  
CUTIVATE MAŚĆ 15 G X 1  
CYTOTEC 0,2 MG X 30 TABL.  
CZOPKI GLICEROLOWE CZOPKI 2 G x 10  
CZOPKI GLICERYNOWE 1G X 10  
DARAPRIM TABL. 0,025 G x 30 TABL.  
DEBRIDAT TABL. POWL. 0,1 G x 30 TABL.  
DEBRIDAT GRANULAT - 0,024 G/5 ML x 250 ML  
DELACET PŁYN x 100 G X 1  
DIAPREL TABL. 0,08 G x 60 TABL.  
DICLORATIO INJ. 0,075 G/2 ML x 3 FIOL.  
DIGOXIN TABL. 0,1 MG x 30 TABL.  
DIGOXIN TABL. 0,25 MG x 30 TABL.  
DIUVER TABL. 0,005 G X 30 TABL.  
DOPEGYT TABL. 0,25 G x 50 TABL.  
DUPHASTON TABL. 0,01 G x 20 TABL.  
EFFOX LONG RETARD TABL. 0,05 G x 30 TABL.  
ELOCOM MAŚĆ 0,1 % A 15 G  
ENFAMIL A.R. PROSZEK OD 1 MIESIĄCA x 400 G  
ENZAPROST F INJ. 0,005 G/1 ML x 5 AMP.  
EPANUTIN PARENTERAL INJ. 0,25 G / 5 ML X 5 AMP.  
ESPUTICON KAPS. 0,05 G x 100 KAPS.  
ESPUTICON KROPLE 5 G x 1  
ESTRADIOL DEPOT INJ. 0,01 G/1 ML x 10 AMP.  
EUTHYROX TABL. 50 MCG x 50 TABL.  
EUTHYROX TABL. 100 MCG x 50 TABL.  
EUTHYROX TABL. 0,025 MG x 50 TABL.  
EUTHYROX 75 TABL. 0,075 MG X 50 TABL.  
FENACTIL KROPLE 4% / 10 G x 1  
FENISTIL KROPLE 1 MG / ML 20 ML  
FENISTIL ŻEL 30 G  
FIBROLAN MAŚĆ 25 G  
FIOLET KRYSTALICZNY SOL. 1 % R-R SPIRYTUS. 20 ML X 1  
FIOLET KRYSTALICZNY SOL. 2 % R-R WODNY 20 ML X 1  
FIOLET KRYSTALICZNY 1% R-R WODNY PŁYN 20 ML x 1  
FLAMMACERIUM KREM 500 G  
FLOXAL 0,3 % GUTT. OPHT. 5 ML  
FLOXAL UNG. OPTH. 3 G  
FLUCONAZOLE SYROP 5 MG / 1 ML 150 ML  
FORADIL KAPS. 12 MCG x 60 KAPS.  
FOTIL KROPLE OPHT. 5 ML  
GAMMA ANTY-HBS 200 J.M. R-R DO WSTRZ. DOMIĘŚ. 2 ML x 1 AMP.  
GASTROGRAFIN PŁYN 100 ML x 10 FIOL.  
GENTAMICIN INJ. 0,04 G/1 ML i.v.m x 10  
GENTAMICIN INJ. 0,08 G/2 ML i.v.m x 10  
GERALEN KAPS. 0,02 G x 50 KAPS.  
GLUCOBAY TABL. 0,05 G x 30 TABL.  
GLUCOBAY TABL. 0,1 G x 30 TABL.  
GOPTEN KAPS. 0,002 G x 28 KAPS.  
GOPTEN KAPS. 0,5 MG x 28 KAPS.  
GRANUFLEX OPAT. 10 CM X 10 CM x 1

**dostawa produktów leczniczych różnych**

GRANUFLEX OPAT. 15 CM X 15 CM x 1  
GROPRINOSIN TABL. 0,5 G x 50 TABL.  
HEMOFER PŁYN 10 ML  
HYDROXYUREA KAPS. 0,5 G x 100 KAPS.  
HYDROXYZINUM SYROP 8 MG / 5 ML 250 G X 1  
HYGROTON TABL. 0,05 G x 20 TABL.  
IRUXOL MONO MAŚĆ 20 G  
ISOPTIN INJ. (0,005 G/2 ML) X 5 AMP.  
JUCOLON TABL. POWL. 0,25 G x 100 TABL.  
JUVIT MULTI KR. DOUSTNE 10 ML X 1  
KALIUM SYROP 150 G x 1  
KALIUM HYPERMANGANICUM TABL. 0,1 G x 30 TABL.  
KALIUM HYPERMANGANICUM SUBST. 5 G x 1  
KETOKONAZOL TABL. 0,2 G x 20 TABL.  
LACIDOFIL KAPS. X 200 KAPS.  
LIDOCAIN AEROZOL 10% 38 G X 1  
LIPOFUNDIN MCT/LCT EMULJA 20% INJ. X 100 ML  
LETROX 100 TABL. 0,1 MG X 50 TABL.  
LETROX 50 TABL. 0,05 MG X 50 TABL.  
LORATADYNA TABL. 0,01G X 30 TABL.  
LUCETAM INJ. 3 G/15 ML x 4 AMP.  
MADOPAR " 125 " KAPS. 0,125 G x 100 KAPS.  
MAGNEZIN TABL. 0,5 G x 60 TABL.  
MAŚĆ ICHTIOLOWA 20 G  
MEGACE SUSP. 0,04 G/1 ML A 240 ML  
METFORMAX TABL. 0,5 G x 30 TABL.  
METFORMAX TABL. 0,85 G x 30 TABL.  
METINDOL MAŚĆ 5% x 30 G X 1  
METYPRED TABL. 0,004 G x 30 TABL.  
METYPRED TABL. 0,016 G x 30 TABL.  
MILURIT DRAŻ. 0,3 G x 30 DRAŻ.  
MINIRIN TABL. 0,2 MG x 30 TABL.  
MINIRIN AEROZOL 10 MCG W DAWCE 5 ML  
MINIRIN TABL. 0,1 MG x 30 TABL.  
MUCOSOLVAN SOL. 0,015 G/2 ML A 100 ML  
MYCOSOLON MAŚĆ x 15 G  
MYDOCALM DRAŻ. 0,05 G x 30 DRAŻ.  
MYDOCALM INJ. 0,1 G/1 ML x 5 AMP.  
MYDOCALM TABL. POWL. 0,15 G FORTE x 30 TABL.  
NACLOF KROPLE 0,1 % 5 ML x 1  
NARCOTAN FIOŁKA 250 ML X 1  
NASIVIN KROPLE 0,01% - 5 ML x 1  
NEOSPASMINA SYROP 150 G x 1  
NEUROTOP TABL. 0,3 G RETARD x 50 TABL.  
NICERGOLIN TABL. 0,01 G x 30 TABL.  
NIFUROKSAZYD ZAWIESINA 4% 90 ML x 1  
NIMOTOP S INJ. 0,01 G/50 ML + APAR.  
NIMOTOP S TABL. POWL 0,03 G x 100 TABL.  
NITRENDYPINA TABL. 0,01 G x 30 TABL.  
NITROGLICERYNA TABL. PODJĘZYKOWE 0,5 MG X 20 TABL.  
NITROMINT AEROZOL 0,4 MG / DOZA 11 G x 1  
NORCURON INJ. 0,004 G X 50 AMP.  
NUTRAMIGEN PROSZEK 425 G X 1  
OFTALMOLOSA ERYTHROMYCIN MAŚĆ 0,5% /3,5 G x 1  
OMNADREN 250 R-R DO WSTRZYKIWAŃ 250 MG/ 1 ML X 5 AMP.  
OSPEN TABL. POWL 1 MLN J.M. x 12 TABL.  
OXYCARDIL 0,06 g x 60 TABL.  
OXYCARDIL 120 TABL. 0,12 G x 30 TABL.  
PABAL R-R DO WSTRZYKIWAŃ 100 MCG/ ML X 5 AMP. A 1 ML  
PANTHENOL AEROZOL 46,3 MG/1G A 130 G

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

PARACETAMOL CZOPKI 0,05 G x 10  
PARACETAMOL CZOPKI 0,25 G x 10  
PARACETAMOL CZOPKI 0,5 G x 10  
PARACETAMOL CZOPKI 0,125 G x 10  
PARACETAMOL SYROP 150 G TRUSKAWKOWY  
PARACETAMOL TABL. 0,5 G x 20 TABL.  
PERFORM PROSZEK 40 G X 1 SZT.  
PERLINGANIT INJ. 0,01 G/10 ML x 10 AMP.  
PERNAZINUM TABL. 0,025 G x 20 TABL.  
PERNAZINUM TABL. 0,1 G x 30 TABL.  
PIMAFUCIN GLOB. DOPOCHW. 0,1 G X 3  
POLFENON TABL. 0,15 G x 20 TABL.  
POLFENON TABL. POWL 0,3 G x 20 TABL.  
PORTAGEN PROSZEK 450 G x 1  
PRAMOLAN DRAŻ. 0,05 G x 20 DRAŻ  
PRIDINOL TABL. 0,005 G x 50 TABL.  
PROSTIN VR INJ. 0,5 MG / 1 ML X 5 FIOŁ.  
PROTAMINUM SULFURICUM INJ. 0,05 G/5 ML x 1 AMP.  
PROURSAN KAPS. 0,25 G X 50 KAPS.  
PYRANTELUM ZAWIESINA 0,05 G/1 ML - 15ML x 1  
RECTANAL PŁYN 150 ML x 1  
REMESTYP INJ. 200 MCG / 2 ML x 5 AMP.  
RYTMONORM INJ. 0,07 G/ 20 ML 20 ML x 5 AMP.  
RYTMONORM 150 TABL. POWL. 0,15 G x 20 TABL.  
RYTMONORM 300 TABL. POWL. 0,3 G x 20 TABL.  
SANDIMMUN NEORAL KAPS. 0,05 G X 50  
SANDIMMUN NEORAL KAPS. 0,1G X 50  
SANDIMMUN NEORAL PŁYN 0,1G/ 1 ML X 50 ML.  
SANDOSTATIN INJ. 0,1 G/1 ML x 5 AMP.  
SECTRAL TABL. 0,2 G x 20 TABL.  
SELERIN TABL. 0,005 G x 60 TABL.  
SERONIL TABL. 0,02 G x 30 TABL.  
SILOL 350 F PŁYN 150 G  
SINGULAIR 10 TABL. POWL. 0,01 G x 28 TABL.  
SIRDALUD TABL. 0,004 G x 30 TABL.  
SIRDALUD MR KAPS. 0,006 G x 30 KAPS.  
SMOCZEK SPEEN PREMATUREN x 96 OVITA NUTRICIA  
SMOCZEK SPEEN STANDARD x 96 OVITA NUTRICIA  
SMOCZEK NA BUTELKĘ ADA X 2 SZT.  
SORBIFER DURULES TABL. POWL. X 50 TABL.  
SORBONIT PROL. 20 TABL. 0,02 G x 40 TABL.  
SORBONIT TABL. 0,01 G X 60 TABL.  
SPAMILAN TABL. 0,005 G X 30 TABL.  
SPASTICOL CZOPKI 1,5 G x 10  
STERI-NEB SALAMOL PŁYN 0,0025 G/2,5 ML X 20  
STREPTASE INJ. 250 000 J.M. x 1  
STREPTOKINAZA INJ. 1,5 MLN J.M. x 1  
SULFASALAZIN TABL. 0,5 G x 50 TABL.  
SYLIMAROL DRAŻ. 0,035 G x 60 DRAŻ.  
SYLIMAROL ZAWIESINA 0,7% 200 ML x 1  
SZCZEPIONKA EUVAX B 20 MCG/1ML INJ. x 1 FIOŁ.  
TEGRETOL CR TABL. 0,2 G x 50 TABL.  
THIOCODIN TABL. X 10 TABL.  
THYROSAN TABL. 0,05 G x 20 TABL.  
THYROZOL 5 TABL. POWL. 0,005 G X 50  
TIMOLOL POS 0,25% KROPLE DO OCZU X 5 ML  
TISSUCOL KIT ZEST. 1 ML  
TISSUCOL KIT ZAWIESINA 0,5 ML  
TOPAMAX TABL. POWL. 0,025 G x 28 TABL.  
TOPAMAX TABL. POWL. 0,1 G x 28 TABL.

**dostawa produktów leczniczych różnych**

TORECAN TABL. POWL 0,0065 G x 50 TABL.  
 TORECAN CZOPKI 0,0065 G x 6  
 TORECAN INJ. 0,0065 G/1 ML x 5 AMP.  
 TRIFAS 10 TABL. 0,01 G x 30 TABL.  
 TRILEPTAL ZAWIESINA 0,06 G/1 ML A 250 ML  
 TROMBINA FIOŁ. 400 J.M. + ROZP. X 5 FIOŁ.  
 TRUSOPT KROPLE OCZNE 2% - 5ML x 1  
 ULTIVA INJ. 0,002 G X 5 AMP.  
 ULTIVA INJ. 0,005 G X 5 AMP.  
 ULTIVA INJ. 0,001 G X 5 AMP.  
 VINCOPON TABL. 0,005 G x 50 TABL.  
 VITA K KROPLE 30 ML  
 VITAMINUM PP TABL. 0,05 G x 20 TABL.  
 VITAMINUM PP TABL. 0,2 G x 20 TABL.  
 X-PREP PŁYN 75 ML x 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ACCUPRO TABL. POWL 0,005 G x 30 TABL. OP. 3  
 ACCUPRO TABL. POWL 0,01 G x 30 TABL. OP. 5  
 ACCUPRO TABL. POWL 0,02 G x 30 TABL. OP. 3  
 AETHOXYSKLEROL INJ. 1%/2 ML x 5 AMP. OP. 7  
 AETHYLUM CHLORATUM AEROSOL 70 G x 1 OP. 8  
 AGAPURIN DRAŻ. 0,1 G x 60 DRAŻ OP. 6  
 AGAPURIN RETARD TABL. POWL 0,6 G x 20 TABL. OP. 8  
 AGAPURIN TABL. POWL 0,4 G x 20 TABL. OP. 240  
 AKINETON TABL. POWL. 0,002 G X 50 TABL. OP. 2  
 ALAX DRAŻ X 20 DRAŻ OP. 2  
 ALDACTONE INJ. 0,2 G/10 ML x 10 AMP. OP. 4  
 ALLUPOL TABL. 0,1 G x 50 TABL. OP. 60  
 ALUSAL TABL. 0,5 G x 30 TABL. OP. 25  
 AMINOMEL 12,5 E FL. A 500 ML FL. 100  
 AMINOPHYLLINUM CZOPKI 0,05 G x 10 SUPP. OP. 3  
 AMINOPHYLLINUM CZOPKI 0,1 G x 10 SUPP. OP. 2  
 ANTYTOKSYNA JADU ŻMIJI INJ. 500 J 5 ML x 1 AMP. FIOŁ. 16  
 ANTYTOKSYNA TEŻCOWA KOŃSKA INJ. 3000 J/10 ML (X1) OP. 20  
 AQUA GEL - OPATRUNEK 10 CM X 12 CM x 1 SZT. OP. 360  
 AQUA GEL - OPATRUNEK 12 CM X 12 CM x 1 SZT. OP. 110  
 AREDIA INJ. 0,09 G x 1 FIOŁ. FIOŁ. 2  
 ATROVENT LS 0,25 MG/1 ML - 20 ML x 1 OP. 1800  
 ATROVENT N AEROSOL 10 ML 200 DOZ x 1 OP. 42  
 AUGMENTIN SYROP 457 MG/ 5 ML - 35 ML OP. 20  
 AUREX 20 TABL. 0,02 G X 20 TABL. OP. 2  
 BANEOCIN MAŚĆ 20 G X 1 OP. 7  
 BEDICORT G KREM 15 G OP. 2  
 BELLAPAN TABL. 0,00025 G x 20 TABL. OP. 4  
 BEMECOR INJ. 0,2 MG/2ML X 25 AMP. OP. 2  
 BERODUAL INHAL. 20 ML x 1 OP. 140  
 BERODUAL N AEROSOL 10ML x 200 DAWEK OP. 50  
 BEROTEC N AEROSOL 10 ML X 200 DAWEK OP. 2  
 BETAMANN KROPLE DO OCZU 0,1 % X 5 ML OP. 2  
 BETASERC TABL. 0,008 G X 30 TABL. OP. 20  
 BIASEPTOL ZAWIESINA x 100 ML x 1 OP. 10  
 BROMOCORN TABL. 0,0025 G X 30 TABL. OP. 4

**dostawa produktów leczniczych różnych**

CALCITONIN 100 INJ. 100 J.M./ 1 ML X 5 AMP. OP. 38  
CALCIUM SYROP BANANOWY 150 G x 1 OP. 60  
CALCIUM DOBESILATE TABL. 0,25 G x 30 TABL. OP. 110  
CALCIUM GLUCONICUM TABL. 0,5 G x 50 TABL. OP. 3  
CAPTOPRIL TABL. 0,025 G x 30 TABL. OP. 130  
CAPTOPRIL TABL. 0,05 G x 30 TABL. OP. 25  
CETAPHIL MD BALSAM 200 ML OP. 2  
CHIBROXIN KR.OCZNE 0,3% - 5 ML x 1 FL. 20  
CHLORPROTHIXEN TABL. 0,05 G x 50 TABL. OP. 10  
CHLORPROTHIXEN TABL. POWL 0,015 G x 50 TABL. OP. 16  
CITROLYT GRANULAT 220 G x 1 OP. 2  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 4 X 1 M x 1 OP. 6  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 6 X 1 M x 1 OP. 28  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 6 X 10 M x 1 OP. 6  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 8 X 1 M x 1 OP. 18  
CODOFIX - SIATKA ELAST. OPATRUNEK 8 X 10 M x 1 OP. 6  
COMFEEL OPATRUNEK 10 CM x 10 CM x 1 SZT. OP. 20  
COMFEEL OPATRUNEK 15 CM x 15 CM x 1 SZT. OP. 20  
COMFEEL PASTA 50 G X 1 OP. 2  
CONCOR COR TABL. 1,25 MG X 28 TABL. OP. 50  
CORNEREGEL ŻEL 5 % 10 G x 1 OP. 440  
CUSICROM KROPLE DO OCZU 4% 10 ML X 1 FL. 3  
CUPRENIL ( PENICILLAMINE ) TABL. POWL 0,25 G x 30 TABL. OP. 3  
CUSIMOLOL KROPLE 0,5% 5 ML x 1 FL. 3  
CUSIVIRAL MAŚĆ OCZNA 3% - 4,5 G x 1 OP. 15  
CUTIVATE KREM 15 G X 1 OP. 60  
CUTIVATE MAŚĆ 15 G X 1 OP. 50  
CYTOTEC 0,2 MG X 30 TABL. OP. 4  
CZOPKI GLICEROLOWE CZOPKI 2 G x 10 OP. 10  
CZOPKI GLICERYNOWE 1G X 10 OP. 55  
DARAPRIM TABL. 0,025 G x 30 TABL. OP. 2  
DEBRIDAT TABL. POWL. 0,1 G x 30 TABL. OP. 3  
DEBRIDAT GRANULAT - 0,024 G/5 ML x 250 ML OP. 20  
DELACET PŁYN x 100 G X 1 OP. 3  
DIAPREL TABL. 0,08 G x 60 TABL. OP. 1  
DICLORATIO INJ. 0,075 G/2 ML x 3 FIOL. OP. 20  
DIGOXIN TABL. 0,1 MG x 30 TABL. OP. 2  
DIGOXIN TABL. 0,25 MG x 30 TABL. OP. 4  
DIUVER TABL. 0,005 G X 30 TABL. OP. 10  
DOPEGYT TABL. 0,25 G x 50 TABL. OP. 46  
DUPHASTON TABL. 0,01 G x 20 TABL. OP. 200  
EFFOX LONG RETARD TABL. 0,05 G x 30 TABL. OP. 95  
ELOCOM MAŚĆ 0,1 % A 15 G OP. 2  
ENFAMIL A.R. PROSZEK OD 1 MIESIĄCA x 400 G OP. 2  
ENZAPROST F INJ. 0,005 G/1 ML x 5 AMP. OP. 4  
EPANUTIN PARENTERAL INJ. 0,25 G / 5 ML X 5 AMP. OP. 6  
ESPUTICON KAPS. 0,05 G x 100 KAPS. OP. 420  
ESPUTICON KROPLE 5 G x 1 FL. 20  
ESTRADIOL DEPOT INJ. 0,01 G/1 ML x 10 AMP. OP. 30  
EUTHYROX TABL. 50 MCG x 50 TABL. OP. 36  
EUTHYROX TABL. 100 MCG x 50 TABL. OP. 24  
EUTHYROX TABL. 0,025 MG x 50 TABL. OP. 10  
EUTHYROX 75 TABL. 0,075 MG X 50 TABL. OP. 3  
FENACTIL KROPLE 4% / 10 G x 1 OP. 7  
FENISTIL KROPLE 1 MG / ML 20 ML FL. 18  
FENISTIL ŻEL 30 G OP. 4  
FIBROLAN MAŚĆ 25 G OP. 150  
FIOLET KRYSTALICZNY SOL. 1 % R-R SPIRYTUS. 20 ML X 1 FL. 6  
FIOLET KRYSTALICZNY SOL. 2 % R-R WODNY 20 ML X 1 FL. 12  
FIOLET KRYSTALICZNY 1% R-R WODNY PŁYN 20 ML x 1 FL. 12

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

FLAMMACERIUM KREM 500 G OP. 2  
FLOXAL 0,3 % GUTT. OPHT. 5 ML FL. 200  
FLOXAL UNG. OPTH. 3 G OP. 410  
FLUCONAZOLE SYROP 5 MG / 1 ML 150 ML OP. 6  
FORADIL KAPS. 12 MCG x 60 KAPS. OP. 45  
FOTIL KROPLE OPHT. 5 ML OP. 2  
GAMMA ANTY-HBS 200 J.M. R-R DO WSTRZ. DOMIĘŚ. 2 ML x 1 AMP. FL. 8  
GASTROGRAFIN PŁYN 100 ML x 10 FIOL. OP. 3  
GENTAMICIN INJ. 0,04 G/1 ML i.v.m x 10 OP. 65  
GENTAMICIN INJ. 0,08 G/2 ML i.v.m x 10 OP. 160  
GERALEN KAPS. 0,02 G x 50 KAPS. OP. 2  
GLUCOBAY TABL. 0,05 G x 30 TABL. OP. 40  
GLUCOBAY TABL. 0,1 G x 30 TABL. OP. 10  
GOPTEN KAPS. 0,002 G x 28 KAPS. OP. 8  
GOPTEN KAPS. 0,5 MG x 28 KAPS. OP. 7  
GRANUFLEX OPAT. 10 CM X 10 CM x 1 OP. 110  
GRANUFLEX OPAT. 15 CM X 15 CM x 1 OP. 20  
GROPRINOSIN TABL. 0,5 G x 50 TABL. OP. 10  
HEMOFER PŁYN 10 ML OP. 6  
HYDROXYUREA KAPS. 0,5 G x 100 KAPS. OP. 3  
HYDROXYZINUM SYROP 8 MG / 5 ML 250 G X 1 OP. 110  
HYGROTON TABL. 0,05 G x 20 TABL. OP. 75  
IRUXOL MONO MAŚĆ 20 G OP. 4  
ISOPTIN INJ. (0,005 G/2 ML) X 5 AMP. OP. 120  
JUCOLON TABL. POWL. 0,25 G x 100 TABL. OP. 20  
JUVIT MULTI KR. DOUSTNE 10 ML X 1 OP. 6  
KALIUM SYROP 150 G x 1 OP. 13  
KALIUM HYPERMANGANICUM TABL. 0,1 G x 30 TABL. OP. 35  
KALIUM HYPERMANGANICUM SUBST. 5 G x 1 OP. 3  
KETOKONAZOL TABL. 0,2 G x 20 TABL. OP. 130  
LACIDOFIL KAPS. X 200 KAPS. OP. 185  
LIDOCAIN AEROZOL 10% 38 G X 1 OP. 110  
LIPOFUNDIN MCT/LCT EMULJA 20% INJ. X 100 ML FL. 10  
LETROX 100 TABL. 0,1 MG X 50 TABL. OP. 10  
LETROX 50 TABL. 0,05 MG X 50 TABL. OP. 10  
LORATADYNA TABL. 0,01G X 30 TABL. OP. 10  
LUCETAM INJ. 3 G/15 ML x 4 AMP. OP. 5  
MADOPAR " 125 " KAPS. 0,125 G x 100 KAPS. OP. 14  
MAGNEZIN TABL. 0,5 G x 60 TABL. OP. 95  
MAŚĆ ICHTIOŁOWA 20 G OP. 3  
MEGACE SUSP. 0,04 G/1 ML A 240 ML OP. 2  
METFORMAX TABL. 0,5 G x 30 TABL. OP. 150  
METFORMAX TABL.0,85 G x 30 TABL. OP. 150  
METINDOL MAŚĆ 5% x 30 G X 1 OP. 3  
METYPRED TABL. 0,004 G x 30 TABL. OP. 85  
METYPRED TABL. 0,016 G x 30 TABL. OP. 120  
MILURIT DRAŻ 0,3 G x 30 DRAŻ. OP. 120  
MINIRIN TABL. 0,2 MG x 30 TABL. OP. 10  
MINIRIN AEROZOL 10 MCG W DAWCE 5 ML OP. 2  
MINIRIN TABL. 0,1 MG x 30 TABL. OP. 10  
MUCOSOLVAN SOL. 0,015 G/2 ML A 100 ML OP. 5  
MYCOSOLON MAŚĆ x 15 G OP. 20  
MYDOCALM DRAŻ. 0,05 G x 30 DRAŻ. OP. 45  
MYDOCALM INJ. 0,1 G/1 ML x 5 AMP. OP. 5  
MYDOCALM TABL. POWL. 0,15 G FORTE x 30 TABL. OP. 75  
NACLOF KROPLE 0,1 % 5 ML x 1 FL. 310  
NARCOTAN FIOŁKA 250 ML X 1 FL. 2  
NASIVIN KROPLE 0,01% - 5 ML x 1 OP. 380  
NEOSPASMINA SYROP 150 G x 1 OP. 10  
NEUROTOP TABL. 0,3 G RETARD x 50 TABL. OP. 7

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

NICERGOLIN TABL. 0,01 G x 30 TABL. OP. 130  
NIFUROKSAZYD ZAWIESINA 4% 90 ML x 1 OP. 5  
NIMOTOP S INJ. 0,01 G/50 ML + APAR. OP. 70  
NIMOTOP S TABL. POWL 0,03 G x 100 TABL. OP. 10  
NITRENDYPINA TABL. 0,01 G x 30 TABL. OP. 110  
NITROGLICERYNA TABL. PODJĘZYKOWE 0,5 MG X 20 TABL. OP. 70  
NITROMINT AEROZOL 0,4 MG / DOZA 11 G x 1 OP. 30  
NORCURON INJ. 0,004 G X 50 AMP. OP. 5  
NUTRAMIGEN PROSZEK 425 G X 1 OP. 30  
OFTALMOLOSA ERYTHROMYCIN MAŚĆ 0,5% /3,5 G x 1 OP. 18  
OMNADREN 250 R-R DO WSTRZYKIWAŃ 250 MG/ 1 ML X 5 AMP. OP. 3  
OSPEN TABL. POWL 1 MLN J.M. x 12 TABL. OP. 3  
OXYCARDIL 0,06 g x 60 TABL. OP. 17  
OXYCARDIL 120 TABL. 0,12 G x 30 TABL. OP. 4  
PABAL R-R DO WSTRZYKIWAŃ 100 MCG/ ML X 5 AMP. A 1 ML OP. 3  
PANTHENOL AEROZOL 46,3 MG/1G A 130 G OP. 2  
PARACETAMOL CZOPKI 0,05 G x 10 OP. 35  
PARACETAMOL CZOPKI 0,25 G x 10 OP. 210  
PARACETAMOL CZOPKI 0,5 G x 10 OP. 50  
PARACETAMOL CZOPKI 0,125 G x 10 OP. 200  
PARACETAMOL SYROP 150 G TRUSKAWKOWY OP. 270  
PARACETAMOL TABL. 0,5 G x 20 TABL. OP. 1600  
PERFORM PROSZEK 40 G X 1 SZT. SZT. 600  
PERLINGANIT INJ. 0,01 G/10 ML x 10 AMP. OP. 85  
PERNAZINUM TABL. 0,025 G x 20 TABL. OP. 650  
PERNAZINUM TABL. 0,1 G x 30 TABL. OP. 45  
PIMAFUCIN GLOB. DOPOCHW. 0,1 G X 3 OP. 3  
POLFENON TABL. 0,15 G x 20 TABL. OP. 5  
POLFENON TABL. POWL 0,3 G x 20 TABL. OP. 3  
PORTAGEN PROSZEK 450 G x 1 OP. 3  
PRAMOLAN DRAŻ. 0,05 G x 20 DRAŻ OP. 6  
PRIDINOL TABL. 0,005 G x 50 TABL. OP. 10  
PROSTIN VR INJ. 0,5 MG / 1 ML X 5 FIOŁ. OP. 3  
PROTAMINUM SULFURICUM INJ. 0,05 G/5 ML x 1 AMP. OP. 5  
PROURSAN KAPS. 0,25 G X 50 KAPS. OP. 65  
PYRANTELUM ZAWIESINA 0,05 G/1 ML - 15ML x 1 FL. 8  
RECTANAL PŁYN 150 ML x 1 FL. 360  
REMESTYP INJ. 200 MCG / 2 ML x 5 AMP. OP. 1  
RYTMONORM INJ. 0,07 G/ 20 ML 20 ML x 5 AMP. OP. 220  
RYTMONORM 150 TABL. POWL. 0,15 G x 20 TABL. OP. 16  
RYTMONORM 300 TABL. POWL. 0,3 G x 20 TABL. OP. 3  
SANDIMMUN NEORAL KAPS. 0,05 G X 50 OP. 5  
SANDIMMUN NEORAL KAPS. 0,1G X 50 OP. 5  
SANDIMMUN NEORAL PŁYN 0,1G/ 1 ML X 50 ML. OP. 3  
SANDOSTATIN INJ. 0,1 G/1 ML x 5 AMP. OP. 12  
SECTRAL TABL. 0,2 G x 20 TABL. OP. 3  
SELERIN TABL. 0,005 G x 60 TABL. OP. 5  
SERONIL TABL. 0,02 G x 30 TABL. OP. 3  
SILOL 350 F PŁYN 150 G OP. 4  
SINGULAIR 10 TABL. POWL. 0,01 G x 28 TABL. OP. 2  
SIRDALUD TABL. 0,004 G x 30 TABL. OP. 7  
SIRDALUD MR KAPS. 0,006 G x 30 KAPS. OP. 4  
SMOCZEK SPEEN PREMATUREN x 96 OVITA NUTRICIA OP. 7  
SMOCZEK SPEEN STANDARD x 96 OVITA NUTRICIA OP. 5  
SMOCZEK NA BUTELKĘ ADA X 2 SZT. OP. 50  
SORBIFER DURULES TABL. POWL. X 50 TABL. OP. 2  
SORBONIT PROL. 20 TABL. 0,02 G x 40 TABL. OP. 2  
SORBONIT TABL. 0,01 G X 60 TABL. OP. 2  
SPAMILAN TABL. 0,005 G X 30 TABL. OP. 3  
SPASTICOL CZOPKI 1,5 G x 10 OP. 270

**dostawa produktów leczniczych różnych**

STERI-NEB SALAMOL PŁYN 0,0025 G/2,5 ML X 20 OP. 390  
 STREPTASE INJ. 250 000 J.M. x 1 FL. 6  
 STREPTOKINAZA INJ. 1,5 MLN J.M. x 1 FL. 9  
 SULFASALAZIN TABL. 0,5 G x 50 TABL. OP. 13  
 SYLMAROL DRAŻ. 0,035 G x 60 DRAŻ. OP. 32  
 SYLMAROL ZAWIESINA 0,7% 200 ML x 1 FL. 3  
 SZCZEPIONKA EUVAX B 20 MCG/1ML INJ. x 1 FIOŁ. OP. 60  
 TEGRETOL CR TABL. 0,2 G x 50 TABL. OP. 150  
 THIOCODIN TABL. X 10 TABL. OP. 20  
 THYROSAN TABL. 0,05 G x 20 TABL. OP. 3  
 THYROZOL 5 TABL. POWŁ. 0,005 G X 50 OP. 5  
 TIMOLOL POS 0,25% KROPLE DO OCZU X 5 ML OP. 10  
 TISSUCOL KIT ZEST. 1 ML OP. 8  
 TISSUCOL KIT ZAWIESINA 0,5 ML OP. 6  
 TOPAMAX TABL. POWŁ. 0,025 G x 28 TABL. OP. 2  
 TOPAMAX TABL. POWŁ. 0,1 G x 28 TABL. OP. 4  
 TORECAN TABL. POWŁ. 0,0065 G x 50 TABL. OP. 3  
 TORECAN CZOPKI 0,0065 G x 6 OP. 110  
 TORECAN INJ. 0,0065 G/1 ML x 5 AMP. OP. 5  
 TRIFAS 10 TABL. 0,01 G x 30 TABL. OP. 3  
 TRILEPTAL ZAWIESINA 0,06 G/1 ML A 250 ML OP. 2  
 TROMBINA FIOŁ. 400 J.M. + ROZP. X 5 FIOŁ. OP. 12  
 TRUSOPT KROPLE OCZNE 2% - 5ML x 1 FL. 35  
 ULTIVA INJ. 0,002 G X 5 AMP. OP. 2  
 ULTIVA INJ. 0,005 G X 5 AMP. OP. 2  
 ULTIVA INJ. 0,001 G X 5 AMP. OP. 3  
 VINPOTON TABL. 0,005 G x 50 TABL. OP. 4  
 VITA K KROPLE 30 ML OP. 2  
 VITAMINUM PP TABL. 0,05 G x 20 TABL. OP. 12  
 VITAMINUM PP TABL. 0,2 G x 20 TABL. OP. 5  
 X-PREP PŁYN 75 ML x 1 FL. 15

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
226809.65

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (40)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 40 NAZWA leki różne XL****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 na warunkach określonych zapisami niniejszej specyfikacji oraz załączonym do niej wzorze umowy stanowiącym produktów leczniczych:

PABI-ACENOCUMAROL TABL. 0,004 G x 60 TABL.

ARECHIN TABL. 0,25 G x 30 TABL.

BISEPTOL 120 TABL. 0,12 G X 20 TABL.

BISEPTOL 960 TABL. X 10 TABL.

BISEPTOL 480 TABL. 0,48 G x 20 TABL.

CHOLAMID TABL. 0,5 G x 30 TABL.

CHOLESTIL TABL. 0,2 G x 50 TABL.

CORTINEFF TABL. 0,1 MG x 20 TABL.

DIHYDRALAZINUM TABL. 0,025 G x 30 TABL.

ENCORTON TABL. 0,02 G x 20 TABL.

ENCORTON TABL. 0,005 G x 100 TABL.

MEFACIT TABL. 0,25 G x 30 TABL.

PABI-NAPROXEN TABL. DOJEL. 0,25 G x 50 TABL.

NAPROXEN TABL. 0,25 G x 50 TABL.

PABI -DEXAMETHASON TABL. 0,001 G x 20 TABL.

STERINOL PŁYN 1000 G X 1

VAGOTHYL PŁYN 36% 50G

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

PABI-ACENOCUMAROL TABL. 0,004 G x 60 TABL. OP. 35

ARECHIN TABL. 0,25 G x 30 TABL. OP. 3

BISEPTOL 120 TABL. 0,12 G X 20 TABL. OP. 3

BISEPTOL 960 TABL. X 10 TABL. OP. 2

BISEPTOL 480 TABL. 0,48 G x 20 TABL. OP. 200

CHOLAMID TABL. 0,5 G x 30 TABL. OP. 2

CHOLESTIL TABL. 0,2 G x 50 TABL. OP. 7

CORTINEFF TABL. 0,1 MG x 20 TABL. OP. 4

DIHYDRALAZINUM TABL. 0,025 G x 30 TABL. OP. 45

ENCORTON TABL. 0,02 G x 20 TABL. OP. 160

ENCORTON TABL. 0,005 G x 100 TABL. OP. 40

MEFACIT TABL. 0,25 G x 30 TABL. OP. 50

PABI-NAPROXEN TABL. DOJEL. 0,25 G x 50 TABL. OP. 30

NAPROXEN TABL. 0,25 G x 50 TABL. OP. 230

PABI -DEXAMETHASON TABL. 0,001 G x 20 TABL. OP. 30

STERINOL PŁYN 1000 G X 1 OP. 3

VAGOTHYL PŁYN 36% 50G OP. 2

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
5884.36

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA** (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (41)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 41 NAZWA leki różne XLI

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ALCAINE KROPLE OCZNE 0,5% /15 ML x 1

BETOPTIC KROPLE OCZNE 0,5% /5 ML x 1

BETOPTIC S KROPLE 0,25% / 5 ML x 1

BSS PŁYN x 500 ML

CILOXAN KROPLE DO OCZU 0,3% - 5 ML X 1

EMADINE KROPLE DO OCZU 0,05% 5 ML x 1

FLAREX ZAWIESINA DO OCZU 0,1% /5 ML X 1

FLUCON ZAWIESINA OCZNA 0,1% /5 ML x 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ALCAINE KROPLE OCZNE 0,5% /15 ML x 1 OP. 640

BETOPTIC KROPLE OCZNE 0,5% /5 ML x 1 OP. 5

BETOPTIC S KROPLE 0,25% / 5 ML x 1 OP. 3

BSS PŁYN x 500 ML OP. 80

CILOXAN KROPLE DO OCZU 0,3% - 5 ML X 1 OP. 40

EMADINE KROPLE DO OCZU 0,05% 5 ML x 1 OP. 2

FLAREX ZAWIESINA DO OCZU 0,1% /5 ML X 1 OP. 20

FLUCON ZAWIESINA OCZNA 0,1% /5 ML x 1 OP. 3

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
17315.05

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (42)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 42 NAZWA produkty do leczenia żywieniowego XLII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów do leczenia żywieniowego:

BEBILON BMF PROSZEK 2,1 G x 50  
 BEBILON HA RTF PŁYN 90 ML RTF x 1  
 BEBILON NENATAL PREMIUM PŁYN 60 ML X 1  
 BEBILON NENATAL PROSZEK 400 G X 1  
 BEBILON PEPTI NR 1 PROSZEK 450 G X 1  
 BEBILON PEPTI 2 PROSZEK 450 G x 1  
 BEBILON PEPTI MCT PROSZEK 450 G X 1  
 CUBISON OPAKOWANIE PACK A 1000 ML  
 CUBITAN PŁYN 200 ML  
 FANTOMALT PROSZEK 400 G X 1  
 NUTRIDRINK PŁYN 200 ML  
 NUTRIDRINK FAT FREE A 200 ML  
 NUTRIDRINK SOUP 200 ML  
 NUTRISON ENERGY PLUS PŁYN 500 ML x 1  
 NUTRISON STANDARD PŁYN 500 ML x 1  
 NUTRISON ENERGY PŁYN OPAKOWANIE PACK A 1000 ML  
 NUTRISON PROTEIN PLUS - OPAKOWANIE PACK A 1000 ML  
 NUTRISON STANDARD PŁYN OPAKOWANIE PACK A 1000 ML  
 NUTRITON PROSZEK 135 G X 1  
 PEPTISORB PŁYN 500 ML x 1  
 PEPTISORB PŁYN OPAKOWANIE PACK A 1000 ML  
 PRE OP - KARTONIK TETRA 200 ML  
 PROTIFAR PROSZEK 225 G x 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

BEBILON BMF PROSZEK 2,1 G x 50 OP. 3  
 BEBILON HA RTF PŁYN 90 ML RTF x 1 OP. 5800  
 BEBILON NENATAL PREMIUM PŁYN 60 ML X 1 OP. 620  
 BEBILON NENATAL PROSZEK 400 G X 1 OP. 2  
 BEBILON PEPTI NR 1 PROSZEK 450 G X 1 OP. 90  
 BEBILON PEPTI 2 PROSZEK 450 G x 1 OP. 95  
 BEBILON PEPTI MCT PROSZEK 450 G X 1 OP. 10  
 CUBISON OPAKOWANIE PACK A 1000 ML SZT. 60  
 CUBITAN PŁYN 200 ML OP. 40  
 FANTOMALT PROSZEK 400 G X 1 OP. 3  
 NUTRIDRINK PŁYN 200 ML SZT. 450  
 NUTRIDRINK FAT FREE A 200 ML SZT. 200  
 NUTRIDRINK SOUP 200 ML SZT. 200  
 NUTRISON ENERGY PLUS PŁYN 500 ML x 1 OP. 320  
 NUTRISON STANDARD PŁYN 500 ML x 1 OP. 560  
 NUTRISON ENERGY PŁYN OPAKOWANIE PACK A 1000 ML SZT. 50  
 NUTRISON PROTEIN PLUS - OPAKOWANIE PACK A 1000 ML SZT. 30  
 NUTRISON STANDARD PŁYN OPAKOWANIE PACK A 1000 ML SZT. 80  
 NUTRITON PROSZEK 135 G X 1 OP. 5  
 PEPTISORB PŁYN 500 ML x 1 OP. 50

**dostawa produktów leczniczych różnych**

PEPTISORB PŁYN OPAKOWANIE PACK A 1000 ML SZT. 30

PRE OP - KARTONIK TETRA 200 ML SZT. 30

PROTIFAR PROSZEK 225 G x 1 SZT. 20

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta: PLN
32526.60	

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 12	(od udzielenia zamówienia)
---------------------	----------------	----------------------------

LUB	(dd/mm/rrrr)
-----	--------------

Rozpoczęcie

Zakończenie	(dd/mm/rrrr)
-------------	--------------

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (43)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 43 NAZWA **PERFALGAN XLIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktu leczniczego:

PERFALGAN INJ. 0,01G /ML 100 ML x 12 FIOL.

PERFALGAN INJ. 0,01 G/ML 50 ML x 12 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

PERFALGAN INJ. 0,01G /ML 100 ML x 12 FIOL. OP. 350

PERFALGAN INJ. 0,01 G/ML 50 ML x 12 FIOL. OP. 210

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 58963.80		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (44)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 44 NAZWA leki różne XLIV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

CYMEVENE (GANCICLOVIRUM) PROSZEK DO SPORZĄDZANIA R-RU DO WLEWU DOZYLNIEGO 500 MG X 1 FIOL.

DILATREND TABL. 0,00625 G x 30 TABL.

DILATREND TABL. 0,0125 G x 30 TABL.

DILATREND TABL. 0,025 G x 30 TABL.

INHIBACE LACQ. TABL. 0,001 G x 30 TABL.

INHIBACE LACQ. TABL. 0,0025 G x 28 TABL.

INHIBACE LACQ. TABL. 0,005 G x 28 TABL.

INHIBACE LACQ. TABL. 0,5 MG x 30 TABL.

MADOPAR HBS KAPS. 0,125 G x 100 KAPS.

MADOPAR '250' KAPS. 0,25 G x 100 KAPS.

MADOPAR '62.5' KAPS. 0,0625 G x 100 KAPS.

NEOTIGASON KAPS. 0,01 G x 100 KAPS.

NEOTIGASON KAPS. 0,025 G x 100 KAPS.

NEUPOGEN INJ. 600 MCG/1 ML (30 MLN. J.M./0,5 ML) X 1 AMP.- STRZYK. 0,5 ML

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

CYMEVENE (GANCICLOVIRUM) PROSZEK DO SPORZĄDZANIA R-RU DO WLEWU DOZYLNIEGO 500 MG X 1 FIOL. FIOL. 20

DILATREND TABL. 0,00625 G x 30 TABL. OP. 280

DILATREND TABL. 0,0125 G x 30 TABL. OP. 110

DILATREND TABL. 0,025 G x 30 TABL. OP. 10

INHIBACE LACQ. TABL. 0,001 G x 30 TABL. OP. 18

INHIBACE LACQ. TABL. 0,0025 G x 28 TABL. OP. 45

INHIBACE LACQ. TABL. 0,005 G x 28 TABL. OP. 20

INHIBACE LACQ. TABL. 0,5 MG x 30 TABL. OP. 15

MADOPAR HBS KAPS. 0,125 G x 100 KAPS. OP. 22

MADOPAR '250' KAPS. 0,25 G x 100 KAPS. OP. 12

MADOPAR '62.5' KAPS. 0,0625 G x 100 KAPS. OP. 4

NEOTIGASON KAPS. 0,01 G x 100 KAPS. OP. 2

NEOTIGASON KAPS. 0,025 G x 100 KAPS. OP. 1

NEUPOGEN INJ. 600 MCG/1 ML (30 MLN. J.M./0,5 ML) X 1 AMP.- STRZYK. 0,5 ML OP. 280

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
68167.55

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12

lub dniach:

(od udzielenia zamówienia)

LUB

(dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

**dostawa produktów leczniczych różnych**

---

Zakończenie

(dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (45)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 45 NAZWA leki różne XLV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ATARAX TABL. 10 MG X 25 TABL.

ATARAX TABL. 25 MG X 25 TABL.

FORTRANS PROSZEK 74 G x 50 SASZETEK

SMECTA PROSZEK 3 G x 30 SASZETEK

SOMATOSTATYNA INJ. 0,003 G x 1 FIOL.

ZYRTEC TABL. 0,01 G X 20 TABL.

SOMATOSTATIN INJ. 250 MCG X 1 FIOL.

NOOTROPIL AMP. 3G/15 ML X 4 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ATARAX TABL. 10 MG X 25 TABL. OP. 1050

ATARAX TABL. 25 MG X 25 TABL. OP. 970

FORTRANS PROSZEK 74 G x 50 SASZETEK OP. 70

SMECTA PROSZEK 3 G x 30 SASZETEK OP. 20

SOMATOSTATYNA INJ. 0,003 G x 1 FIOL. FL. 90

ZYRTEC TABL. 0,01 G X 20 TABL. OP. 38

SOMATOSTATIN INJ. 250 MCG X 1 FIOL. FIOL. 12

NOOTROPIL AMP. 3G/15 ML X 4 AMP. OP. 5

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
63209.24

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (46)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 46 NAZWA ACTILYSE XLVI

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego:  
ACTILYSE INJ. 0,02 G X 1 FL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

INJ. 0,02 G X 1 FL. FL. 30

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 23172.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (47)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 47 NAZWA preparaty do żywienia (mleka) XLVII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 preparatów do żywienia (mleka):

ALPREM MLEKO LCPUFA PŁYN 90 ML X 1

MLEKO NAN HA 1 PROSZEK 400 G X 1

MLEKO NAN H.A. PŁYN 90 ML x 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ALPREM MLEKO LCPUFA PŁYN 90 ML X 1 OP. 100

MLEKO NAN HA 1 PROSZEK 400 G X 1 OP. 3

MLEKO NAN H.A. PŁYN 90 ML x 1 OP. 4400

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
8295.94

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (48)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 48 NAZWA SOLU-MEDROL XLVIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 n, produktu leczniczego:

SOLU-MEDROL INJ. 0,04 G / 1 ML x 1 FIOŁ.

SOLU-MEDROL INJ. 0,125 G + ROZP. 2 ML x 1 FIOŁ.

SOLU-MEDROL INJ. 0,5 G + ROZP. 8 ML x 1 FIOŁ.

SOLU-MEDROL INJ. 1 G + ROZP. 16 ML x 1 FIOŁ.

SOLU-MEDROL INJ. 0,25 G x 1 FIOŁ. + ROZP. 4 ML

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

SOLU-MEDROL INJ. 0,04 G / 1 ML x 1 FIOŁ. FL. 45

SOLU-MEDROL INJ. 0,125 G + ROZP. 2 ML x 1 FIOŁ. KPL. 3300

SOLU-MEDROL INJ. 0,5 G + ROZP. 8 ML x 1 FIOŁ. KPL. 100

SOLU-MEDROL INJ. 1 G + ROZP. 16 ML x 1 FIOŁ. KPL. 960

SOLU-MEDROL INJ. 0,25 G x 1 FIOŁ. + ROZP. 4 ML KPL. 10

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
107256.00

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (49)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 49 NAZWA testy paskowe XLIX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 testów paskowych do posiadanych glukometrów typu:

TEST PASKOWY ACCU-CHEK GLUCOSE X 50

TEST PASKOWY GLUCOKARD II x 50

TEST PASKOWY ONE - TOUCH x 50

TEST PASKOWY OPTIUM XIDO x 50

TEST PASKOWY SENSOR - ELECTRODES x 50

TEST PASKOWY SMARTSCAN x 50

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

TEST PASKOWY ACCU-CHEK GLUCOSE X 50 OP. 380

TEST PASKOWY GLUCOKARD II x 50 OP. 25

TEST PASKOWY ONE - TOUCH x 50 OP. 10

TEST PASKOWY OPTIUM XIDO x 50 OP. 110

TEST PASKOWY SENSOR - ELECTRODES x 50 OP. 3

TEST PASKOWY SMARTSCAN x 50 OP. 10

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
22434.13

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (50)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 50 NAZWA leki różne L

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 n produktów leczniczych:

AZACTAM INJ. 1 G x 1 FIOL.

TIENAM I.V. INJ. 0,5 G x 10 FL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AZACTAM INJ. 1 G x 1 FIOL. FL. 30

TIENAM I.V. INJ. 0,5 G x 10 FL. OP. 140

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 44723.40		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (51)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 51 NAZWA leki różne LI

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

ALBUNORM 20% INJ. 200G/L X 100 ML

FLEBOGAMMA INJ. 2,5 G / 50 ML

ALBUMINA LUDZKA INJ. 5% 100 ML

PENTAGLOBIN AMP 0,5 g/10 ml x 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ALBUNORM 20% INJ. 200G/L X 100 ML OP. 1200

FLEBOGAMMA INJ. 2,5 G / 50 ML FL 20

ALBUMINA LUDZKA INJ. 5% 100 ML FL. 20

PENTAGLOBIN AMP 0,5 g/10 ml x 1 FIOL. 27

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
406020.00

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (52)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 52 NAZWA leki różne LII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych:

COAXIL TABL. 0,0125 G x 90 TABL.

DIAPREL MR TABL. 0,03 G x 90 TABL.

NOLIPREL TABL. 2,5 MG + 0,625 MG X 90 TABL.

NOLIPREL N FORTE TABL. 5 MG + 1,25 MG X 90 TABL.

PREDUCTAL MR TABL. 0,035 G x 90 TABL

PRESTARIUM FORTE TABL. 0,01 G x 90 TABL.

PRESTARIUM TABL. 0,005 G x 90 TABL.

TERTENSIF KOMBI TABL. 4 MG X 1,25 MG X 90 TABL. TABL. 0,0015 G x 90 TABL.

TERTENSIF SR TABL. 0,0015 G x 90 TABL.

PROCORALAN TABL.5 MG x 56

PROCORALAN TABL. 7,5 MG x 56

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

COAXIL TABL. 0,0125 G x 90 TABL. OP. 42

DIAPREL MR TABL. 0,03 G x 90 TABL. OP. 58

NOLIPREL TABL. 2,5 MG + 0,625 MG X 90 TABL. OP. 2

NOLIPREL N FORTE TABL. 5 MG + 1,25 MG X 90 TABL. OP. 2

PREDUCTAL MR TABL. 0,035 G x 90 TABL OP. 36

PRESTARIUM FORTE TABL. 0,01 G x 90 TABL. OP. 10

PRESTARIUM TABL. 0,005 G x 90 TABL. OP. 320

TERTENSIF KOMBI TABL. 4 MG X 1,25 MG X 90 TABL. TABL. 0,0015 G x 90 TABL. OP. 2

TERTENSIF SR TABL. 0,0015 G x 90 TABL. OP. 190

PROCORALAN TABL.5 MG x 56 OP. 3

PROCORALAN TABL. 7,5 MG x 56 OP. 3

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
13270.00

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (53)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 53 NAZWA INSTILLAGEL LIII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych  
 INSTILLAGEL ZEL STERYLNY 11 ML X 10 AMP./STRZYK.  
 INSTILLAGEL INJ. 6 ML X 10 AMP./STRZYK.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

INSTILLAGEL ZEL STERYLNY 11 ML X 10 AMP./STRZYK. OP. 10

INSTILLAGEL INJ. 6 ML X 10 AMP./STRZYK. OP. 95

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 9650.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (54)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 54 NAZWA **opatrunek specjalistyczny LIV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, opatrunku specjalistycznego:

OPATRUNEK GAZOWY NASĄCZONY PARAFINĄ I ROZTWOREM OCTANU CHLORHEKSYDYNY 15 CM X 20 CM X 10 SZT.

OPATRUNEK GAZOWY NASĄCZONY PARAFINĄ I ROZTWOREM CHLORHEKSYDYNY 10 CM X 10 CM X 10 SZT.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

OPATRUNEK GAZOWY NASĄCZONY PARAFINĄ I ROZTWOREM OCTANU CHLORHEKSYDYNY 15 CM X 20 CM X 10 SZT.

OP.

150

OPATRUNEK GAZOWY NASĄCZONY PARAFINĄ I ROZTWOREM CHLORHEKSYDYNY 10 CM X 10 CM X 10 SZT. OP. 10

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 4660.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (55)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 55 NAZWA preparat do ran LV

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 preparatów przeznaczonych do ran:

PRONTOSAN ROZTWÓR DO PŁUKANIA RAN A 350 ML X 1

PRONTOSAN ŻEL A 30 ML X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

PRONTOSAN ROZTWÓR DO PŁUKANIA RAN A 350 ML X 1 OP. 320

PRONTOSAN ŻEL A 30 ML X 1 OP. 25

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 10929.75		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (56)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 56 NAZWA XIGRIS ( DROTRECOGIN ALFA ) LVI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
XIGRIS ( DROTRECOGIN ALFA ) INJ. 0,005G X 1 FIOŁ. + AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

XIGRIS ( DROTRECOGIN ALFA ) INJ. 0,005G X 1 FIOŁ. + AMP. FIOŁ. 40

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 44321.60		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (57)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 57 NAZWA **AQUACROM LVII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, produktu leczniczego  
**AQUACROM BUTELKA (R-R PŁUCZĄCY) DO STOSOWANIA ŚRÓDOCZNEGO 500 ML OP.**

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	<b>Słownik główny</b>	<b>Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)</b>
<b>Główny przedmiot</b>	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES****AQUACROM BUTELKA (R-R PŁUCZĄCY) DO STOSOWANIA ŚRÓDOCZNEGO 500 ML OP. 50**

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: <b>PLN</b> <b>1786.00</b>		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: <b>12</b>	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (58)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr **58** NAZWA **NEORECORMON LVIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, produktu leczniczego  
NEORECORMON INJ. 30 000 J.M. / 0,6 ML X 1 AMPUŁKOSTRZYKAWKA

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

NEORECORMON INJ. 30 000 J.M. / 0,6 ML X 1 AMPUŁKOSTRZYKAWKA AMP./ STRZ. 170

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 183838.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (59)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr **59** NAZWA **WISKOELASTYK LIX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 wiskoelastyku

WISKOELASTYK - hialuronian sodowy kohezyjny, osmolarność = 299, mOsmol/kg, 1,4 %, do stosowania śródocznego x 1 ml X 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

WISKOELASTYK - hialuronian sodowy kohezyjny, osmolarność = 299, mOsmol/kg, 1,4 %, do stosowania śródocznego x 1 ml X 1 FIOL.

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 75600.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (60)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 60 NAZWA NEXIUM ( ESOMEPRAZOLE) LX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
NEXIUM ( ESOMEPRAZOLE) FIOŁKA 0,04 G X 10

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

NEXIUM ( ESOMEPRAZOLE) FIOŁKA 0,04 G X 10 OP. 120

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 20228.40		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (61)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 61 NAZWA **środki kontrastowe LXI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 środków kontrastowych:

OPTIRAY 300 R-R DO WSTRZYKIWAŃ LUB WLEWÓW DONACZYNIOWYCH A 50 ML (X 1)

OPTIRAY 300 R-R DO WSTRZYKIWAŃ LUB WLEWÓW DONACZYNIOWYCH A 100 ML (X 1)

OPTIRAY 300 AMPUŁKOSTRZYKAWKA A 50 ML ( X 1 )

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

OPTIRAY 300 R-R DO WSTRZYKIWAŃ LUB WLEWÓW DONACZYNIOWYCH A 50 ML (X 1) FL. 100

OPTIRAY 300 R-R DO WSTRZYKIWAŃ LUB WLEWÓW DONACZYNIOWYCH A 100 ML (X 1) FL. 120

OPTIRAY 300 AMPUŁKOSTRZYKAWKA A 50 ML ( X 1 ) AMP./STRZ. 60

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
16820.00

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (62)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 62 NAZWA SANDOGLOBULIN LXII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktu leczniczego SANDOGLOBULIN INJ. 6 G X 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

SANDOGLOBULIN INJ. 6 G X 1 FIOL.

FIOL.

460

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 575000.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (63)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 63 NAZWA SZCZEPIONKA TĘŻCOWA LXIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 szczepionki tężcowej  
SZCZEPIONKA TĘŻCOWA ADSORBOWANA INJ. 0,5 ML x 1 AMP. (ANATOKSYNA TĘŻCOWA)

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

SZCZEPIONKA TĘŻCOWA ADSORBOWANA INJ. 0,5 ML x 1 AMP. (ANATOKSYNA TĘŻCOWA) AMP. 1200

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 42756.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (64)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 64 NAZWA METALYSE LXIV

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, produktu leczniczego

METALYSE 10 ML. INJ. 10000 J. M. = 0,05 G X 1

METALYSE 8 ML. INJ. 8000 J. M. = 0,004 G X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

METALYSE 10 ML. INJ. 10000 J. M. = 0,05 G X 1 OP. 1

METALYSE 8 ML. INJ. 8000 J. M. = 0,004 G X 1 OP. 1

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 9010.25		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (65)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 65 NAZWA **NOVOSEVEN LXV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego **NOVOSEVEN 1 MG (50 K j.m.) INJ. X 1 FIOŁ. (liof.) + ROZP.**

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

**NOVOSEVEN 1 MG (50 K j.m.) INJ. X 1 FIOŁ. (liof.) + ROZP. OP 8**

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: <b>PLN</b> <b>26359.60</b>		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: <b>12</b>	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
<i>LUB</i>	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (66)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 66 NAZWA **środki kontrastowe LXVI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 środków kontrastowych:

VISIPAQUE 320 INJ. 32,6 G/ 50 ML = 16 G JODU

OMNIPAQUE 350 = 17,5 G JODU / 50 ML X 10 FIOL.

OMNIPAQUE 350 = 35 G JODU / 100 ML X 10 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

VISIPAQUE 320 INJ. 32,6 G/ 50 ML = 16 G JODU FL 10

OMNIPAQUE 350 = 17,5 G JODU / 50 ML X 10 FIOL. OP. 2

OMNIPAQUE 350 = 35 G JODU / 100 ML X 10 FIOL. OP. 2

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 2915.80		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (67)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 67 NAZWA ACICLOVIR LXVII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
ACICLOVIR INJ. 0,25 G X 5 AMP

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ACICLOVIR INJ. 0,25 G X 5 AMP

OP.

65

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 3911.70		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (68)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 68 NAZWA produktów do leczenia żywieniowego LXVIII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 , produktów do leczenia żywieniowego:

CUBITAN PŁYN 200 ML

MULTIMEL N-4 550 INJ. 1500ML X 1

MULTIMEL N-6 900 E INJ. 1500ML X 1

MULTIMEL N-5 800 E INJ. 1500 ML. X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

CUBITAN PŁYN 200 ML OP. 30

MULTIMEL N-4 550 INJ. 1500ML X 1 OP. 850

MULTIMEL N-6 900 E INJ. 1500ML X 1 OP. 60

MULTIMEL N-5 800 E INJ. 1500 ML. X 1 OP. 20

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
68380.00

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (69)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 69 NAZWA leki różne LXIX

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych  
 AZYTER KROPLE DO OCZU 15 MG/G X 6SZT  
 BIOLAN KROPLE DO OCZU 0,15%/ 0,35 ML X 20 MINIMSÓW  
 OFTAQUIX KROPLE DO OCZU 0,5 % A 5 ML.  
 TOBRADEX KROPLE DO OCZU - ZAWIESINA A 5 ML

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AZYTER KROPLE DO OCZU 15 MG/G X 6SZT OP. 20  
 BIOLAN KROPLE DO OCZU 0,15%/ 0,35 ML X 20 MINIMSÓW OP. 10  
 OFTAQUIX KROPLE DO OCZU 0,5 % A 5 ML. SZT. 480  
 TOBRADEX KROPLE DO OCZU - ZAWIESINA A 5 ML OP. 10

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
 13256.60

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12 lub dniach: (od udzielenia zamówienia)

LUB (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (70)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 70 NAZWA **VENOFER LXX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego:

VENOFER (FERRI HYDROXIDUM SACCHARUM) R-R DO WSTRZYKIWAŃ I WLEWÓW DOŻYLNÝCH 1 AMP. ( 5 ML) ZAWIERA 100 MG ŻELAZA W POSTACI KOMPLEKSU SACHAROZY I WODOROTLENKU ŻELAZA III 0,1 G/5 ML X 5 AMP.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

VENOFER (FERRI HYDROXIDUM SACCHARUM) R-R DO WSTRZYKIWAŃ I WLEWÓW DOŻYLNÝCH 1 AMP. ( 5 ML) ZAWIERA 100 MG ŻELAZA W POSTACI KOMPLEKSU SACHAROZY I WODOROTLENKU ŻELAZA III 0,1 G/5 ML X 5 AMP. OP. 220

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 49500.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 12	(od udzielenia zamówienia)
LUB Rozpoczęcie	(dd/mm/rrrr)	
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (71)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 71 NAZWA smoczki do butelek LXXI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 smoczków do butelek:

JEDNORAZOWY SMOCZEK DO BUTELKI, GOTOWY DO UŻYTKU. OTWÓR PRZEPEŁYWOWY W FORMIE KRZYŻYKA DO PAPEK. ROZMIAR 2 (OD 6 MIESIĘCY) . SMOCZEK WYKONANY Z NATURALNEGO LATEKSU Z ODPOWIETRZACZEM X 1

JEDNORAZOWY SMOCZEK DO BUTELKI, GOTOWY DO UŻYTKU ŚREDNI OTWÓR PRZEPEŁYWOWY DO MLEKA (MODYFIKOWANEGO) ROZMIAR 2 (OD 6 MIESIĘCY) SMOCZEK WYKONANY Z NATURALNEGO LATEKSU Z ODPOWIETRZACZEM X 1

JEDNORAZOWY SMOCZEK DO BUTELKI, GOTOWY DO UŻYTKU ŚREDNI OTWÓR PRZEPEŁYWOWY DO MLEKA (MODYFIKOWANEGO) ROZMIAR 1 (DO 6 MIESIĘCY) SMOCZEK WYKONANY Z NATURALNEGO LATEKSU Z ODPOWIETRZACZEM X 1

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

JEDNORAZOWY SMOCZEK DO BUTELKI, GOTOWY DO UŻYTKU. OTWÓR PRZEPEŁYWOWY W FORMIE KRZYŻYKA DO PAPEK. ROZMIAR 2 (OD 6 MIESIĘCY) . SMOCZEK WYKONANY Z NATURALNEGO LATEKSU Z ODPOWIETRZACZEM X 1 SZT. 500

JEDNORAZOWY SMOCZEK DO BUTELKI, GOTOWY DO UŻYTKU ŚREDNI OTWÓR PRZEPEŁYWOWY DO MLEKA (MODYFIKOWANEGO) ROZMIAR 2 (OD 6 MIESIĘCY) SMOCZEK WYKONANY Z NATURALNEGO LATEKSU Z ODPOWIETRZACZEM X 1 SZT. 2500

JEDNORAZOWY SMOCZEK DO BUTELKI, GOTOWY DO UŻYTKU ŚREDNI OTWÓR PRZEPEŁYWOWY DO MLEKA (MODYFIKOWANEGO) ROZMIAR 1 (DO 6 MIESIĘCY) SMOCZEK WYKONANY Z NATURALNEGO LATEKSU Z ODPOWIETRZACZEM X 1 SZT. 500

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
3710.00

LUB Zakres: między a Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (72)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 72 NAZWA leki różne LXXII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 n produktów leczniczych  
 PROPOFOL W EMULSJI TŁUSZCZOWEJ MCT/LCT 1% AMP. 10 MG/ ML INJ. 20 ML X 5 FIOŁ.  
 ETOMIDATE W EMULSJI TŁUSZCZOWEJ MCT/ LCT 0,02 G /10 ML X 10 FIOŁ.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

PROPOFOL W EMULSJI TŁUSZCZOWEJ MCT/LCT 1% AMP. 10 MG/ ML INJ. 20 ML X 5 FIOŁ. OP. 460  
 ETOMIDATE W EMULSJI TŁUSZCZOWEJ MCT/ LCT 0,02 G /10 ML X 10 FIOŁ. OP. 40

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 14058.80		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 12	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (73)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 73 NAZWA TETABULIN LXXIII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
TETABULIN S/D INJ. 250 J.M. x 1 FIOL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

TETABULIN S/D INJ. 250 J.M. x 1 FIOL. FL. 420

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 11949.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (74)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 74 NAZWA LUCENTIS (RANIBIZUMAB) LXXIV****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
LUCENTIS (RANIBIZUMAB) INJ. 0,0023 G / 0,23 ML X 1 FIOL.+ AKCESORIA lek zarejestrowany w okulistyce do leczenia wysiękowej postaci AMD blokujący wszystkie znane biologicznie aktywne izoformy VEGF - A

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

LUCENTIS (RANIBIZUMAB) INJ. 0,0023 G / 0,23 ML X 1 FIOL.+ AKCESORIA lek zarejestrowany w okulistyce do leczenia wysiękowej postaci AMD blokujący wszystkie znane biologicznie aktywne izoformy VEGF - A  
FIOL.

40

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 156560.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (75)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 75 NAZWA AMOKSIKLAV LXXV

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
 AMOKSIKLAV TABL. 0,625 G X 21 TABL.  
 AMOKSIKLAV TABL. 1 G X 14 TABL. POWL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

AMOKSIKLAV TABL. 0,625 G X 21 TABL. OP. 450

AMOKSIKLAV TABL. 1 G X 14 TABL. POWL. OP. 60

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 9300.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (76)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 76 NAZWA TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A LXXVI****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
 XEOMIN (TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A WOLNA OD BIAŁEK KOMPLEKSUJĄCYCH)  
 PROSZEK DO SPORZĄDZANIA ROZTWORU DO WSTRZYKIWAŃ  
 1 FIOŁKA 100 JEDNOSTEK LD 50 TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (150 KD)

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

XEOMIN (TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A WOLNA OD BIAŁEK KOMPLEKSUJĄCYCH)  
 PROSZEK DO SPORZĄDZANIA ROZTWORU DO WSTRZYKIWAŃ  
 1 FIOŁKA 100 JEDNOSTEK LD 50 TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (150 KD) OP 20

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 12018.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**



**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (77)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 77 NAZWA ENBREL (ETANERCEPT) LXXVII****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
ENBREL (ETANERCEPT) INJ. 0,05 G X 4 AMP/STRZYK

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ENBREL (ETANERCEPT) INJ. 0,05 G X 4 AMP/STRZYK OP. 30

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 102987.00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (78)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 78 NAZWA leki różne i inne LXXVIII

**1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktów leczniczych, opatrunków specjalistycznych oraz preparatów do żywienia:

ACENOCUMAROL TABL 1 MG X 60 TABL.

AMIZEPIN TABL. 200 MG X 50 TABL.

ATRAUMAN AG-OPATRUNEK JAŁOWY Z MAŚCIĄ 10CM X 10CM X 10 SZT.

AKINETON TABL. 0,002 G X 50 TABL.

CELESTONE AMP. 0,004 G/1 ML X 1 AMP.

CLONAZEPAM 0,5 MG TABL. X 30 TABL.

DIOSMINA 450 MG + HESPERYDYNA 50 MG W FORMIE ZMIKRONIZOWANEJ OCZYSZCZONEJ FRAKCJI FLAWONOIDOWEJ X 60 TABL.

DITROPAN TABL. 30 MG X 30 TABL.

DORIBAX PROSZEK DO PRZYGOTOWANIA ROZTWORU DO INFUZJI 0,5G X 10 FIOŁ.

ESMERON INJ. 50 MG/5 ML X 10 AMP.

KLIMICIN KAPS. 300 MG X 16 KAPS.

METINDOL RETARD TABL. O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU 0 075 G X 25 TABL.

MUCOSOLVAN PŁYN DO INHALACJI Z NEBULIZATORA 7,5MG/ML 100 ML X 1 SZT.

NEXIUM INJ. 40 MG PROSZEK DO SPORZĄDZANIA R-RU DO WSTRZYKIWAŃ I INFUZJI X 10 FIOŁ.

NUTRIDRINK FAT FREE PŁYN 200 ML X 1 SZT.

PRINIVIL TABL. 0,005 G X 28 SZT.

PRINIVIL TABL. 0,01 G X 28 SZT.

PRINIVIL TABL. 0,02 G X 28 SZT.

PRAMOLAN TABL.POWL. 0,05 G X 20 SZT.

PABAL R-R DO WSTRZYKIWAŃ AMP. 100 MCG/ML X 5 AMP.

STERI-NEB SALAMOL R-R DO NEBULIZACJI 0,0025 G / 2,5 ML X 20 AMP. 2,5 ML

SUPRASORB F - OPATRUNEK FOLIOWY NA RANY PRZEPUSZCZALNY DLA PARY WODNEJ I TLENU 10 X 12 CM X 10 SZT.

SUPRASORB A+AG - OPATRUNEK BAKTERIOBÓJCZY Z ALGINIANEM WAPNIA 10 X 10 CM X 10 SZT.

SUPRASORB H STANDARD - OPATRUNEK HYDROKOLOIDOWY STOSOWANY W ODLEŻYNACH, OWRZODZENIACH ŻYLAKOWATYCH PODUDZI 10 X 10 CM X 1 SZT.

SUPRASORB G - ŻEL AMORFICZNY JAŁOWY NAWILŻAJĄCY RANĘ I ROZPUSZCZAJĄCYM MARTWICE - 20 G X 1 SZT.

SUPRASORB H THIN - OPATRUNEK HYDROKOLOIDOWY CIENKI STOSOWANY W ODLEŻYNACH , W OWRZODZENIACH 20 X 20 CM X 5 SZT.

VAGOTHYL R-R DO STOSOWANIA ZEWNĘTRZNEGO 360 MG/ML BUT. A 50 ML

VITAMINUM B1 0,025G TABL. X 50 TABL.

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

ACENOCUMAROL TABL 1 MG X 60 TABL. OP. 2

AMIZEPIN TABL. 200 MG X 50 TABL. OP. 3

ATRAUMAN AG-OPATRUNEK JAŁOWY Z MAŚCIĄ 10CM X 10CM X 10 SZT. OP. 4

AKINETON TABL. 0,002 G X 50 TABL. OP. 6

CELESTONE AMP. 0,004 G/1 ML X 1 AMP. AMP. 600

CLONAZEPAM 0,5 MG TABL. X 30 TABL. OP. 70

DIOSMINA 450 MG + HESPERYDYNA 50 MG W FORMIE ZMIKRONIZOWANEJ OCZYSZCZONEJ FRAKCJI FLAWONOIDOWEJ X 60 TABL. OP. 300

DITROPAN TABL. 30 MG X 30 TABL. OP. 15

**dostawa produktów leczniczych różnych**

DORIBAX PROSZEK DO PRZYGOTOWANIA ROZTWORU DO INFUZJI 0,5G X 10 FIOL. OP. 3  
 ESMERON INJ. 50 MG/5 ML X 10 AMP. OP. 90  
 KLIMICIN KAPS. 300 MG X 16 KAPS. OP. 50  
 METINDOL RETARD TABL. O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU 0 075 G X 25 TABL. OP. 36  
 MUCOSOLVAN PŁYN DO INHALACJI Z NEBULIZATORA 7,5MG/ML 100 ML X 1 SZT. OP. 40  
 NEXIUM INJ. 40 MG PROSZEK DO SPORZĄDZANIA R-RU DO WSTRZYKIWAŃ I INFUZJI X 10 FIOL. OP. 75  
 NUTRIDRINK FAT FREE PŁYN 200 ML X 1 SZT. SZT. 600  
 PRINIVIL TABL. 0,005 G X 28 SZT. OP. 10  
 PRINIVIL TABL. 0,01 G X 28 SZT. OP. 10  
 PRINIVIL TABL. 0,02 G X 28 SZT. OP. 10  
 PRAMOLAN TABL.POWL. 0,05 G X 20 SZT. OP. 20  
 PABAL R-R DO WSTRZYKIWAŃ AMP. 100 MCG/ML X 5 AMP. OP. 12  
 STERI-NEB SALAMOL R-R DO NEBULIZACJI 0,0025 G / 2,5 ML X 20 AMP. 2,5 ML OP. 50  
 SUPRASORB F - OPATRUNEK FOLIOWY NA RANY PRZEPUSZCZALNY DLA PARY WODNEJ I TLENU 10 X 12 CM X 10 SZT. OP. 3  
 SUPRASORB A+AG - OPATRUNEK BAKTERIOBÓJCZY Z ALGINIANEM WAPNIA 10 X 10 CM X 10 SZT. OP. 3  
 SUPRASORB H STANDARD - OPATRUNEK HYDROKOLOIDOWY STOSOWANY W ODLEŻYNACH, OWRZODZENIACH ŻYŁAKOWATYCH PODUDZI 10 X 10 CM X 1 SZT. SZT. 30  
 SUPRASORB G - ŻEL AMORFICZNY JAŁOWY NAWILŻAJĄCY RANĘ I ROZPUSZCZAJĄCYM MARTWICE - 20 G X 1 SZT. SZT. 4  
 SUPRASORB H THIN - OPATRUNEK HYDROKOLOIDOWY CIENKI STOSOWANY W ODLEŻYNACH , W OWRZODZENIACH 20 X 20 CM X 5 SZT. OP. 2  
 VAGOTHYL R-R DO STOSOWANIA ZEWNĘTRZNEGO 360 MG/ML BUT. A 50 ML OP. 2  
 VITAMINUM B1 0,025G TABL. X 50 TABL. OP. 40

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN  
61409.48

LUB Zakres: między

a

Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12      lub dniach:      (od udzielenia zamówienia)

LUB      (dd/mm/rrrr)

Rozpoczęcie

Zakończenie      (dd/mm/rrrr)

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

**dostawa produktów leczniczych różnych****ZAŁĄCZNIK B (79)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 79 NAZWA RO-ACTEMRA ( TOCILIZUMAB ) LXXIX****1) KRÓTKI OPIS**

sukcesywny zakup wraz z dostarczeniem do loco- Apteka Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 produktu leczniczego  
 RO-ACTEMRA ( TOCILIZUMAB )-JAŁOWY KONCENTRAT DO SPORZĄDZANIA R-RU DO INFUZJI  
 20MG/1ML FIOŁKI A 80MG, 200MG, 400MG

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33690000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

RO-ACTEMRA ( TOCILIZUMAB )-JAŁOWY KONCENTRAT DO SPORZĄDZANIA R-RU DO INFUZJI 20MG/1ML  
 FIOŁKI A 80MG, 200MG, 400MG MG 7 440

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 57362.40		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach: 12	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**