

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW**SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA****PAKIET I****Załącznik Nr 1 do SIWZ**

LP	Nazwa	J. M.	Ilość	Cenna netto	Wartość netto	VAT	Cena brutto	Wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ABACTAL 0,4 X 10 TABL	op	10						
2	ACARD 0,075 X 60 TABL.	op	20						
3	ACC MAX 0,2 X 20 TABL	op	10						
4	ACENOCUMAROL 0,004 X 60 TABL.	op	60						
5	ACIDUM FOLICUM 0,005 X 30 TABL	op	30						
6	ACIDUM FOLICUM 0,015 X 30 TABL.	op	120						
7	AESCIN 0,02 X 30 TABL.	op	180						
8	AFOBAM 0,25 MG X 30 TABL	op	10						
9	AFOBAM 0,5 MG X 30 TABL.	op	10						
10	AKINETON 0,002 X 50 TABL	op	2						
11	ALAX X 20 DRAŻ.	op	150						
12	ALLERTEC 0,01 X 30 TABL.	op	400						
13	ALLUPOL 0,1 X 50 TABL	op	40						
14	ALTACET 1,0 X 6 TABL.	op	800						
15	AMIZEPIN 0,2 X 50 TABL	op	30						
16	ANAFRANIL SR 75 X 20 TABL.	op	40						
17	APO-CLODIN 0,25 X 60 TABL	op	20						
18	ASENTRA 0,050 X 28TABL.	op	120						
19	ASCOFER X 50 DRAŻ.	op	190						
20	AZATHIOPRINE 50 mg X 50 TABL.	op	3						
21	BACLOFEN 0.01X 50 TABL	op	30						
22	BACLOFEN 0.025 X 50 TABL	op	10						
23	BELLAPAN 0,25 MG X 20 TABL.	op	40						
24	BELLERGOT X 30 DRAŻ.	op	5						
25	BISEPTOL 960 X 10 TABL.	op	400						
26	BROMERGON 2,5 MG X 30 TABL.	op	14						
27	BUSCOPAN 0,01 X 10 TABL	op	5						
28	CAPTOPRIL 0,0125 X 30	op	100						
29	CAPTOPRIL 0,025 X 30 TABL	op	100						
30	CARBO MEDICINALIS 0,3 X 20 TABL.	op	120						
31	CHLORPROTIXEN 0,015 X 50 TABL.	op	10						
32	CHLORPROTIXEN 0,05 X 50 TABL.	op	5						
33	CIPRONEX 0,5 X 10 TABL	op	1500						
34	CLEMASTINUM 0,001 X 30 TABL.	op	120						
35	CLOGREL 75 MG X 28 TABL	op	150						
36	CLONAZEPAM 2 MG X 30 TABL.	op	12						
37	CLONAZEPAM 0,5 MG X 30 TABL.	op	10						
38	CLORANXEN 10 MG X 30 TABL.	op	40						
39	CLORANXEN 5 MG X 30 TABL	op	60						
40	COFFECORN FORTE X 12 TABL.	op	10						
41	CONTROLOC 20 MG X 100 TABL.	op	20						
42	CONTROLOC 40 MG X 100 TABL	op	20						
43	CORTINEFF 0,1 MG X 20 TABL.	op	5						
44	CYCLONAMINE 0,25 X 30 TABL.	op	240						
45	CYTOTEC 0,2 X 30 TABL.	op	12						
46	DEBRETIN 0,1 X 30 TABL	op	10						
47	DIGOXIN 0,1 X 30 TABL	op	180						
48	DIGOXIN 0,25 MG X 30 TABL.	op	20						

49	DIUVER 0,01 G X 30 TABL	op	80					
50	DOPEGYT 0,25 X 50 TABL	op	40					
51	DORMICUM 0,015 X 100 TABL.	op	20					
52	DOXEPIN 0,01 X 30 TABL	op	5					
53	DOXEPIN 0,025 x 30 TABL	op	5					
54	DOXONEX 0,001 X 30 TABL	op	10					
55	DOXONEX 0,002 X 30 TABL	op	10					
56	DOXONEX 0,004 X 30 TABL	op	10					
57	DUPHASTON 0,01G X 20 TABL.	op	90					
58	EFFOX LONG 0,05G X 30 TABL.	op	60					
59	ENARENAL 0,005 X 30 TABL.	op	100					
60	ENARENAL 0,01 X 30 TABL	op	20					
61	EFFECTIN ER 0,075 X 28 TABL	op	20					
62	ENCORTON 0,005 X 100 TABL.	op	10					
63	ENCORTON 0,005 X 20 TABL.	op	50					
64	ENCORTON 0,01 X 20 TABL.	op	100					
65	ENCORTON 0,02 X 20 TABL.	op	75					
66	ENDOXAN 0,05 X 50 TABL	op	2					
67	ESPUTICON 0,05 X 100 KAPS.	op	280					
68	ESTAZOLAM 0,002 X 20 TABL.	op	35					
69	ELTROXIN 0,05G X 100 TABL	op	70					
70	EUPHYLLINUM CR X30TABL.	op	60					
71	FLEGAMINA0,008 X 40 TABL.	op	350					
72	FLUCONAZOLE 0,05 X 14 KAPS.	op	140					
73	FLUCONAZOLE 0,1 X 7 TABL.	op	200					
74	FLUOKSETYNA 0,02 X 30 TABL	op	30					
75	FURAGIN 0,05 G X 30 TABL.	op	1300					
76	FUROSEMID 0,04 X 30 TABL	op	800					
77	GROPRINOSINE X 50 TABL.	op	4					
78	HALIDOR 0,1 X 60 TABL.	op	10					
79	HALOPERIDOL 0,001 G X 40	op	2					
80	HEMOFER PROLONG. X 30 TABL	op	150					
81	HEPAREGEN 0,1 X 100 TABL.	op	24					
82	HEVIRAN 0,2 X 30 TABL	op	45					
83	HEVIRAN 0,4 X 30 TABL	op	20					
84	HEVIRAN 0,8 X 30 TABL	op	20					
85	HYDROCHLOROTHIAZIDUM 0,0125 X 30	op	18					
86	HYDROCHLOROTHIAZIDUM 0,025X 30 TABL.	op	15					
87	HYDROXYZINUM 0,01 X 30 DRAŽ.	op	220					
88	HYDROXYZINUM 0,025 X 30 DRAŽ.	op	260					
89	HYGROTON 50 MG X 20 TABL.	op	25					
90	IPRES LONG 0,0015 X 30 TABL	op	60					
91	KALDIUM 0,600 X 100 KAPS,	op	200					
92	KALIPOZ PROLONG. 0,75 X 30 TABL.	op	200					
93	KALIUM HYPERMANGANICUM 0,1 X 30 TABL.	op	4					
94	KETOKONAZOL 0,2 X 20 TABL	op	6					
95	KETONAL 0,05 X 30 KAPS.	op	500					
96	KLOZAPOL 0,025 X 50 TABL	op	5					
97	KLOZAPOL 0,1 G X 50 TABL	op	10					
98	LACIDOFIL X 200 kaps	op	24					
99	LAMOTRIX 0,1 X 30 TABL	op	15					
100	LEUCERAN 2 MG X 25 TABL	op	2					
101	LIPANCREA 16000 X 30 TABL	op	45					
102	LOPERAMID 0,002 X 30 TABL.	op	400					
103	LORAFEN 0,0025 X 25 TABL.	op	20					
104	LUMINAL 0,015 X 10 TABL.	op	10					
105	LUMINAL 0,1 X 10 TABL.	op	5					
106	MADOPAR 0,0625 X 100 TABL,	op	3					
107	MADOPAR HBS 0,125 X100 kaps.	op	40					
108	MEMOTROPIL 1,2 X 60 TABL	op	300					

109	METANABOL 0,005 X 20 TABL.	op	5					
110	METFORMAX 0,5 X 30 TABL.	op	100					
111	METFORMAX 0,85 X 30 TABL	op	150					
112	METHOTREXAT 0.0025 X 50 TABL.,	op	2					
113	METIZOL 0,005 X 50 TABL.	op	50					
114	METOCARD ZK 4,5 X 28 TABL	op	120					
115	METOCARD 0,05 X 30 TABL	op	600					
116	METOCLOPRAMID 0,01 X 50	op	180					
117	METRONIDAZOL 0,25 X 20 TABL	op	80					
118	METRONIDAZOL 0,5 X 10 TABL	op	10					
119	METYSPRED 0,004 X 30 TABL	op	30					
120	METYSPRED 0,016 X 30 TABL	op	5					
121	MEXICORD 0,2X 50 TABL.	op	2					
122	MIANSERIN 0,01 X 90 TABL	op	40					
123	MIANSEMERCK 0,03 X 20 TABL	op	15					
124	MILURIT 0,1 X 50 TABL.	op	20					
125	MILURIT 0,3 X 30 TABL.	op	50					
126	MINIRIN 0,1 X 30 TABL.	op	5					
127	MITRAZEPINE 0,03 X 30 TABL	op	10					
128	MOLSIDOMINA 0,002 X 30 TABL.	op	10					
129	MOLSIDOMINA 0,004 X 30 TABL.	op	25					
130	MYDOCALM 0,05 X 30 DRAŻ.	op	200					
131	MYDOCALM FORTE 0,150 X 30 TABL.	op	40					
132	NAPROXEN 0,25 X 50 TABL.	op	5					
133	NAPROXEN 0,5 X 20 TABL.	op	5					
134	NEOTIGASON 0,025 X 100 TABL.	op	1					
135	NIFUROKSAZYD 0,1 X 24 TABL	op	600					
136	NIFUROKSAZYD 0,2 X 12TABL	op	70					
137	NILOGRIN 0,01 X 30 TABL.	op	35					
138	NITRAZEPAM 0,005 X 20 TABL.	op	500					
139	NOLICIN 0,4 X 20 TABL.	op	20					
140	ORGAMETRIL 0,005 X 30 TABL.	op	2					
141	OXAZEPAM 0,01 X 20 TABL.	op	450					
142	OXYCARDIL 0,120 X 30 TABL.	op	5					
143	OXYCARDIL 0,240 X 30 TABL.	op	5					
144	PABI-DEXAMETHAZON 0,001 X 20 TABL	op	30					
145	PALIN 0,2 X 20 KAPS.	op	30					
146	PARACETAMOL 0,5 X 1000 TABL.	op	20					
147	PERNAZINUM 0,1 X 30 TABL.	op	30					
148	PERNAZINUM 0,025 x 20 tabl.	op	60					
149	PHENYTOINUM 0,1 X 60 TABL	op	2					
150	POLFENON 0,15 X 20 TABL	op	45					
151	POLFENON 0,3 X 20 TABL	op	30					
152	POLFILIN 0,4 X 20 TABL.	op	400					
153	POLTRAM COMBO X 60 TABL	op	300					
154	POLOCARD 0,075 X 60 TABL	op	600					
155	POLOCARD 0,150 X 60 TABL	op	120					
156	POLOPIRYNA S 0,3 X 20 TABL	op	250					
157	POLPRIL 5 MG X28 KAPS.	op	240					
158	POLPRIL 10MG X 28 KAPS.	op	120					
159	POLPRAZOL 0,02 X 28 TABL	op	1000					
160	POLTRAM 0,05 X 20 TABL	op	550					
161	POLTRAM 0,1 X 30 TABL	op	70					
162	POLVERTIC 24MG X 30 TABL	op	10					
163	PRAMOLAN 0,05 X 20 TABL	op	35					
164	PROMAZIN 0,025 G X 60 DRAZ.	op	150					
165	PROMAZIN 0,05 X 60 DRAZ.	op	120					
166	PROPRANOLOL 0,01 X 50 TABL.	op	100					
167	PROPRANOLOL 0,04 X 50 TABL.	op	30					
168	PROXACIN 0,5 X 10 TABL	op	50					

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA

PAKIET II

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ABACTAL 0,4/5 ML X 10 AMP	op	10						
2	ADAVIN INJ 0,004 + ROZP. X 5 amp.	op	3						
5	ADRENALINUM 0,001 / 1 ML X 10 AMP.	op	110						
6	ACTILYSE 0,02G X 1 FIOL + ROZP	op	48						
7	ATROPINUM SULFURICUM 0,5 MG / 1 ML X 10	op	10						
8	ATROPINUM SULFURICUM 1 MG / 1 ML X 10	op	220						
9	AQUA PRO INJ. 10 ML X 100 AMP	op	175						
10	BISEPTOL 480 X 10 AMP.	op	160						
11	BUPIVACAINUM SPINAL 0,5% HEAV 0,02/4ML X 5 AMP	op	200						
12	BUPIVACAINUM H / CHLOR 0,5% 10 ML X 10 AMP	op	50						
13	BUSCOLIZYNA 0,02 / 1 ML X 10 AMP.	op	40						
14	CIPRONEX 100mg/50ml na bazie NaCl	op	1200						
15	CONTROLOC 0,4 X 1 FIOL	fiol	200						
16	CLEMASTINUM 2 MG X 5 AMP.	op	40						
17	CYCLONAMINE 0,25/2ML X 50 AMP	op	120						
18	DIGOXIN 0,5 MG / 2 ML INJ. X 5 AMP.	op	450						
19	DOPAMIN H / CHLOR. 1% - 5 ML X 10 AMP.	op	10						
20	DOPAMIN H / CHLOR. 4% - 5 ML X 10 AMP.	op	650						
21	EBRANTIL 0,025 / 5 ML X 5 AMP.	op	50						
22	FENACTIL I.V. 0,05 / 2 ML X 10 AMP.	op	3						
23	FENACTIL INJ. I.M. 0,025 / 5 ML X 5 AMP.	op	90						
24	FERRUM LEK 0,1 / 2 ML	amp	2300						
25	FUROSEMIDUM 0,02/2ML X 50 AMP	op	800						
26	FUROSEMIDUM 0,02/2ML X 5 AMP	op	50						
27	HALOPERIDOL 0,005/1ML X 10 AMP	op	120						
28	HEPARINUM 25000J,5ML	fiol	1000						
29	KALIUM CHLORATUM 15% 10 ML X 50 AMP	op	440						
30	KETONAL 0,1 X 10 AMP	op	3600						
31	LEVONOR 0,004/4 ML X 5 AMP		270						
32	LEVONOR 0,001/1ML X 10 AMP	op	20						
33	LIGNOCAINUM 2%INJ 0,4/20 ML	fiol	100						
34	LIGNOCAINUM H / CHLOR. 2% 2 ML X 10	op	36						
35	LIGNOCAINUM H / CHLOR. GRAVE 5%	op							
36	2 ML X 50 AMP.		4						
37	MAGNESIUM SULF.I.V.20% 10 MLX 10 AMP	op	550						
38	MEMOTROPIL 20% 12,0/60ML	fl	3000						
39	METOCLOPRAMIDUM 0,01/2MLX 5 AMP	op	1200						
40	NALOXONUM H / CHLOR INJ. 0,4 MG / 1 ML X 10 AMP.	op	24						
41	NATRIUM BICARBONICUM 8,4%20MLX10	op	120						
42	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 10 ML X 100	op	500						
43	NATRIUM CHLORATUM 10% 10 ML X100	op	40						

44	NITRACOR 0,01/5MG X 50 AMP	op	4					
45	PAPAVERINUM H / CHLOR. INJ. 0,04 / 2 ML X 10 AMP.	op	240					
46	PERFALGAN 1,0/100 ML X 1 FIOL	fl	400					
47	PHENAZOLINUM INJ.0,1/2ML X 10 AMP	op	200					
48	PLOFED 1% 20ML X 5 FIOL	op	50					
49	POLFILIN 0,1 X 5 AMP	op	20					
50	POLSTIGMINUM 0,5MG/1ML X 10 AMP	op	120					
51	POLTRAM 0,05/1 ML X 5 AMP	op	300					
52	POLTRAM 0,1/2ML X 5 AMP	op	1600					
53	PROPRANOLOL 0,001 X 10 AMP	op	2					
54	PROXACIN INJ. 1% 10 ML X 10 AMP.	op	500					
55	PYRALGINUM 5 ML X 5 AMP	op	2600					
56	RANIGAST 0,05% 100 ML	op	4000					
57	SALBUTAMOL INJ. 0,0005 ML / 1 ML X 10	op	10					
58	STREPTASE 1,5 MLN X 1 FIOL	szt	2					
59	VITACON 0,01/1ML X 10 AMP	op	450					
60	VITALIPID N ADULT 10 ML X 10 AMP.	op	2					
61	VITAMINUM B12 1000 MCG/2ML X 5 AMP	op	160					

Poz. 46 zarejestrowane wskazanie od wieku niemowlęcego

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMOWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOŁONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET III

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cena netto	wartość netto	VAT	Cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ACC 0,3 INJ X 5 AMP	op	62						
2	AFLEGAN 0,015/2ML X 10 AMP	op	300						
3	AKINETON 5 MG/1ML X 5 AMP	op	2						
4	ALDACTONE 0,2/10ML X 10 AMP	op	6						
5	AMANTIX 0,2/500 ML X 10 FL	op	12						
6	AMBROHEXAL 15MG/2ML X 5 AMP	op	170						
7	ANTYTOKSYNA JADU ŻMIJI 500 JA	amp	4						
8	BARIUM SULFURICUM PRO RTG 200,0	op	60						
9	BETALOC 5MG/5ML X 5 AMP	op	120						
10	CALCIUM CHLORATUM 10% 10MLX 10 AMP	op	30						
11	CALCIUM POLFA 10% 5 ML X 10AMP	op	20						
12	CALCIUM POLFA 10% 10 ML X 10AMP	op	100						
13	CAVINTON 0,01/2ML X 10 AMP	op	700						
14	CEREBROLYSIN 215,2 MG 5 ML X 5 AMP	op	10						
15	CEREBROLYSIN 215,2 MG 10 ML X 5 AMP	op	70						
16	CLOPIXOL DEPOT 0,2/1ML X 10 AMP	op	1						
17	DEPO-MEDROL 40MG/1ML	fiol	10						
18	DESFERAL 0,5 X 10 FIOLE	op	6						
19	DICLAC 75 MG X 5 AMP	op	400						
20	DIFLUCAN 0,1G/50 ML	fiol	100						
21	DIPROPHOS INJ.0,007/1ML X 5 AMP	op	15						
22	DOBUJET 0,05 X 5 AMP	op	360						
23	DOBUTAMINE INJ .0,25	szt	100						
24	EPANUTIN 0,25 X 5 AMP	op	30						
25	EPHEDRINUM H/CHLOR, 0,025 1ML.X10AMP	op	130						
26	ETOMIDATE LIPURO 0.02/10ML X 10AMP	op	200						
27	FENOTERAOL 0.5/10ML X 15 AMP	op	5						
28	FLUANXOL DEPOT 0.02	amp	10						
29	FLUMAZENIL 0,1MG/1ML 5ML X 5 AMP	op	5						
30	FRAGMIN 5,000 J.M /0,2ML X 10 AMP	op	280						
31	FRAGMIN 7.500 J.M./0,3ML X 10 AMP	op	5						
32	GAMMA ANTY HBS 200J 2 ML X 1 AMP	op	12						
33	GLUCAGEN HYPOKIT 1 ML	fiol	2						
34	GLUCOSUM 20% 10 ML X 10 AMP	op	30						
35	GLUCOSUM 40% 10 ML X 10 AMP	op	25						
36	LIGNOCAINA 2% 5 ML X 20 FIOLE	op	10						
37	LOSEC 0,04 X 5 fiol	op	380						

38	MARCAINE SPINAL 0,5/4ML X 5 AMP	op	170					
39	METHERGIN 0,2/1ML X 10 AMP	op	75					
40	MIDANIUM 15 MG/3ML X 5 AMP	op	1100					
41	MIDANIUM 5 MG/1ML X 10 AMP	op	240					
42	MILGAMMA N 2 ML X 5 AMP	op	220					
43	MYDOCALM 0,1/1ML X 5 AMP	op	230					
44	NEXIUM 40 MG X 10 FIOŁ	op	70					
45	NIVALIN 0,005/1M X 10 AMP	op	5					
46	NIVALIN 0,0025/1ML X 10 AMP	op	10					
47	OMNIPAQUE 0,3/1ML 50 ML	fl.	150					
48	ONDANSETERON 2MG/1ML 2ML X 5AMP	op	30					
49	ORNITHINE 0,5/5ML X 10 AMP	op	30					
50	OXYTOCIN 5J/1ML X10 AMP	op	240					
51	PABAL 0,100/1ML X 5 AMP	op	1					
52	PANCURONIUM 0,004 X 10 AMP	op	4					
53	PERRLINGANIT 0,01 X 10 AMP	op	110					
54	PROPOFOL LIPURO 1% 20 MLX 5 AMP	op	10					
55	PROTAMINUM SULFURICUM 0,05/5ML	szt	10					
56	PROXACIN 1% 10 ml x 10 apm.	op	500					
57	RELANIUM 0,01/2ML X50AMP	op	240					
58	REMESTYP 0,2MG/2ML X 5 AMP	op	40					
59	RYTMONORM 0,07X 5 AMP	op	45					
60	SEVORANE 250ML PŁYN WZIEWNY NAPEŁNIANY SZCZELNYM BEZPOŚREDNIM SYSTEMEM QUICK FIL	op	48					
61	SOLU -MEDROL INJ.1000 MG	fiol	180					
62	SPASMALGON INJ. 5MLX 10 AMP	op	240					
63	SZCZEPIONKA TĘŻCOWA 0,5MLX5 AMP	op	10					
64	THEOPHILINUM INJ. 250ML	op	3400					
65	VITAMINUM B1 0,025/1ML X 10 AMP	op	20					
66	VITAMINUM B6 0,05/2ML X 5 AMP	op	5					
67	VITAMINUM C 0,5/5ML X 10 AMP	op	30					
68	XYLOCAINA 2% 50ML	fiol	950					
69	ZEST.DO KOLONOGRAFII Z BARYTEM	szt	40					

POZYCJA 37 KAŻDA AMPUŁKA PAKOWANA JAŁOWO NA ZEWNĄTRZ
POZYCJA 6 ZE WSKAZANIEM STOSOWANIA OD PIERWSZEGO DNIA ŻYCIA

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMOWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET IV

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	AETHYLIIUM CHLORATUM 70,0 AEROSOL	fl	90						
2	ALANTAN PLUS UNG 30,0	op	150						
3	ALANTAN 100 G ZASYPKA	op	24						
4	ALLERTEC KROPLE 0,01/1ML 20ML	fl	2						
5	AMBROSOL 0,015/5ML 120 ML	fl	70						
6	AMBROSOL 0,03/5ML 120 ML	fl	40						
7	APHTIN PŁYN 10,0	fl	250						
8	ARTEMISOL 100,0	op	200						
9	ASAMAX 0,25 X 30 SUPP	op	5						
10	ATROVENT AEROZOL N10 ML	op	10						
11	ATROVENT KROPLE do INHALACJI	op	380						
12	BERODUAL N AEROZOL	op	10						
13	BERODUAL DO INHALACJI	op	150						
14	BIODACYNA OPHTAL.0,3%5 ML	op	5						
15	BIOSTREPTAZA X 6 SUPP	op	10						
16	BISACODYL 0,01 X 5 SUPP.	op	240						
17	BISEPTOL 240 MG / 5 ML SUSP.	op	10						
18	BRAUNOL 1000 ML	op	6						
19	BUTAPIRAZOL UNG.30.0	op	60						
20	CALCIUM RESONIUM PROSZ.	op	1						
21	CALCIUM SIR. 150 ML	fl	2						
22	CARDIAMID 15ML	op	30						
23	CROTAMITON 10% PŁYN 100G	op	10						
24	CLOTRIMAZOL 0,1 X 6 TABL DOPOCHWOWYCH	op	5						
25	CLOTRIMAZOL KREM 1% 20.0	op	160						
26	CONVULEX SYROP 100 ML	op	1						
27	DEBRIDAT ZAW 7.87 MG/G 250 ML	op	2						
28	DEFLEGMIN 0,75% 50 ML KROPLE	op	10						
29	DERMOVATE 0,05% UNG 25 G	op	5						
30	DETREOMICINUM UNG 2% 5,0	op	300						
31	DEVICAP 15000 1ML/X 10 ML	op	4						
32	DEXAPOLCORT AEROZOL 55 ML	op	200						
33	DICLOFENAC 0.1 X 10 SUPP.	op	200						
34	FIBROLAN UNG	op	200						
35	FIOLET KRYST.1% 20 G WOD.	fl	70						
36	FIOLET KRYST.1% 20 ML SPIR,	fl	90						
37	FENACTIL GUTTAE 4% 10 G	fl	4						
38	FLUCONAZOLE SYROP 150 ML	fl	5						
39	FORTTRANS PROSZEK 64,0	sasz	2600						

40	GASTROLIT X 15 SASZETEK	op	40						
41	GELITASPON STANDARD X10 80X50X10 MM	szt	250						
42	GENTAMICIN OPHTAL. 0,3% 5 ML	op	10						
43	GYNALGIN TABL.DOPOCH. X 10 GLOB	op	100						
44	HALOPERIDOL KROPLE 100 ML	fl	120						
45	HEMORECTAL X 10 SUPP	op	100						
46	HYDROXYZINUM SYROP 250	op	5						
47	IBUFEN SYROP	op	60						
48	JODYNA 10 G	op	50						
49	KALIUM SYROP	fl	2						
50	KETODIASTIX X 50 PASKÓW	op	20						
51	LACTULOSUM SYROP X 150 ML	fl	300						
52	LIDOCAIN AEROZOL 10% 38,0	op	60						
53	LINOMAG 20% UNG 30,0 G	op	70						
54	LUMINALUM SUPP. 0,015 X 10	op	5						
55	MASC ICHTIOLOWA 10 % 20,0 G	op	10						
56	MAŚĆ BORNA 10% 20 G	op	5						
57	MUCOSOLVAN ROZTWÓR DO INHALACJI	op	35						
58	NEOMYCINA 0,5% 5 G UNG	op	200						
59	NEOMYCINUM AEROZOL 55 ML	op	480						
60	NITROMINT 0.4 MG/DAWKĘ AEROZOL	fl	6						
61	NUTRAMIGEN 425 G	op	24						
62	NUROFEN 0,06G X 10 SUPP	op	2						
63	NUROFEN 0,125G X 10 SUPP	op	2						
64	OCTENISEPT A 1 L	fl	300						
65	OXODIL PPH 0.012 MG X 60 KAPS	op	10						
66	OXYCORT AEROZOL 55 ML	op	180						
67	PARACETAMOL 0,08 X 10 SUPP	op	6						
68	PARACETAMOL 0,125 X 10 SUPP	op	20						
69	PARACETAMOL 0,250 X10 SUPP	op	20						
70	PARACETAMOL 0,500 X 10 SUPP	op	5						
71	PARACETAMOL SYROP 120 MG/ 100 ML	fl	100						
72	PASKI ACCU CHEK X 50 PASKÓW	op	20						
73	PASKI CONTOUR TS X 50 SZT	op	400						
74	PASKI OPTIUM XIDO X 50 SZT	op	30						
75	PASTA ZINACI 20,0	op	5						
76	PIGMENTUM CASTELANI 125,0	fl	90						
77	RELANIUM SUSP. 100 G	fl	2						
78	RELSED 10 MG / 2,5 ML X 5 MIKROWLEWÓW.	op	4						
79	RELSED 5 MG / 2,5 ML X 5 MIKROWLEWÓW	op	6						
80	RECTANAL 150,0	op	300						
81	RESONIUM A PULV. 454,0	op	1						
82	SCOPOLAN 0,01 SUPP X 6	op	220						
83	SULFACETAMIDUM 10% 0,5 M LX 12 MIN.	op	120						
84	SULFACETAMIDUM 10% HEC 2 X 5 ML	op	120						
85	TETRACYKLINA 3% 10 G ung.	op	120						
86	TORECAN 6,5 MG X 6 SUPP.	op	30						
87	TORMENTIOL UNG	op	180						
88	TRIBIOTIC UNG X 10 SASZ	op	60						
89	TROPICAMIDUM 0,5% 10 ML	op	5						
90	TROPICAMIDUM1% 10 ML	op	5						
91	VAGOTHYL 50,0	op	5						
92	VITAMINUM A 50000 JM/10 ML	fl	5						
93	WODA UTLENIONA 3% 100 G	fl	20						

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMOWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET V

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cena netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	AMOTAKS 0,5 X 16 KAPS	op	150						
2	AMOTAKS 1, 0 X 16 KAPS.	op	220						
3	AMPICILIN INJ.0,25 G	fiol	300						
4	AMPICILIN INJ.0,50 G	fiol	1100						
5	AMPICILIN INJ. 1,0 G	fiol	1400						
6	AMPICILIN INJ, 2,0 G	fiol	50						
7	BIODACYNA 0,25/2ML	fiol	20						
8	BIODACYNA 0,5	fiol	1400						
9	BIODACYNA 1.0 G	fiol	1500						
10	BIODROXIL GRAN 0,25/5ML 60 ML	op	4						
11	BIODROXIL GRAN 0,50/5ML 60 ML	op	6						
12	BIOFAZOLIN 1,0 G	fiol	3000						
13	BIOFUROXYM 0,75 G	fiol	1000						
14	BIOFUROXYM 1,5 G	fiol	10000						
15	BIORACEF 0,25 X 10 TABL	op	30						
16	BIORACEF 0,5 X 10 TABL	op	300						
17	BIOTAKSYM 1,0 G	fiol	500						
18	BIOTRAKSON 1,0 G	fiol	5000						
19	BIOTUM 1,0 G	fiol	300						
20	COLISTYN INJ. 1000000 J	fiol	5200						
21	DALACIN C 0,6 G/4ML	amp	1000						
22	DALACIN C 0,3 G/2ML	amp	300						
23	DALCIN C INJ, 0,9ML/6ML	amp	100						
24	DOXYCYCLINUM 0,1 /5ML X 10 AMP	op	100						
25	DOXYRATIO 0,1 X 10 TABL	op	600						
26	DURACEF ZAW.0,5G/5ML 60 ML	op	5						
27	DURACEF 0,5 X 20 KAPS.	op	5						
28	ERYTHROMYCINUM INJ. 0,3	fiol	30						
29	ERYTHROMYCYNNA 0,2 X 16 TABL.	op	20						
30	FROMLID 0,25 X 14 TABL	op	24						
31	FROMLID 0,5X 14 TABL	op	60						
32	GĄBKA GARAMYCYNOWA 130 MG 10X10X0,5	szt	9						
33	GENTAMYCIN INJ.40 MG/1 ML X 10 AMP.	op	10						
34	GENTAMYCIN INJ. 0,08 X 10 AMP.	op	900						
35	KEFLEX 0,5 X 12 TABL,	op	2						
36	KLACID 0,500 MG INJ.	fiol	10						

37	KLACID 125 MG / 5 ML a 100 ML	fl	10					
38	KLACID 250MG/ 5 ML a 100 ML	fi	10					
39	KLIMICIN 0,3 X 16 TABL	op	300					
40	MAXIPIME 2,0 INJ.	fiol	12					
41	MERONEM 1,0 G	fiol	600					
42	NELOREN INJ. 0,6 / 2 ML X 10 AMP.	op	5					
43	NEOMYCIN 0,25x 16 tabl.	op	20					
44	NYSTATYNA 100000J X 10 TABL. VAG.	op	10					
45	NYSTATYNA 2400tj. SUSP. 5 G	op	100					
46	NYSTATYNA 500000J X 16 TABL.	op	10					
47	OSPEN 1000 1 mln ju x 12 tabl	op	5					
48	OSPEN 1500 1,5 mln ju x 12 KAPS.	op	5					
49	PENCILLINUM CRYST. 1 MLN.	fiol	600					
50	PENICILLINUM CRYST. 3 MLN.	fiol	150					
51	PENICILLINUM PROC. L 2400tj.	fiol	10					
52	PIPERACILLIN 2,0 G	fiol	20					
53	STREPTOMYCINUM 1,0G	fiol	2600					
54	SULPERAZON 2 G	fiol	240					
55	SUMAMED 0,5 G X 3 TABL	op	5					
56	SUMAMED 0,1 G/ 5 ML 20 ML	op	5					
57	SUMAMED FORTE 0,2/5ML 20 ML	op	60					
58	SUMAMED 0,5 X 5 FIOLE	op	10					
59	SYNTARPEN 1,0	fiol	50					
60	TAROMENTIN 0,625 MG X 14 TABL	op	150					
61	TAROMENTIN 1,0 G X 14 TABL	op	300					
62	TAROMENTIN 2,2 G	fiol	10					
63	TAROMENTIN 1,2 G	fiol	5000					
64	TARSIME 1,5 X 1 FIOLE	fiol	7000					
65	TAZOCIN 4,5 G INJ	fiol	180					
67	TETRACYCLINUM 0,25 G X 16 KAPS	op	5					
68	TIENAM INJ. IV 500 MG x10 AMP	op	80					
69	TYGACIL 0,05 X 10 FIOLE	fiol	6					
70	UNASYN INJ. 1,5 G	fiol	50					
71	UNIDOX SOL, 0,1 X 10 TABL	op	5					
72	VANCOMYCIN 1,0 G X 1 FIOLE	op	80					
73	VFEND 0,2G X 1 FIOLE	op	10					
74	XIFAXAN 0,2 G X 12 TABL	op	5					
75	ZYVOXID 0,6 G/300 ML X 1 WOREK	op	10					

Poz. 13 lek ma posiadać rejestracje do stosowania od pierwszego dnia życia

Poz. 14 lek ma być pakowany w fiolki o poj. 30ml

Poz. 18 lek może być stosowany dożylnie i domięśniowo oraz ma posiadać moliwość rozpuszczania w innych rozpuszczalnikach niż woda do iniekcji

Poz. 19 lek posiada rejestracje na wskazania do stosowania przy zakażeniach wewnątrz jamy brzusznej, posocznicy, zakażeniu dróg moczowych, zakażeniu skóry i tkanek miękkich i może być stosowany poniżej 2 miesiąca życia

Poz. 41 trwałość roztworu leku po rozpuszczeniu w temperaturze od 2 do 8 stopni Celcjusza przez 24 godziny

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET VI

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cena netto	wartość netto	VAT	Cena brutto	Wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ACICLOVIR 0,25 G X 5 FIOŁ	op	10						
2	ARGOSULFAN KREM 2% 40,0	op	10						
3	ARGOSULFAN KREM 2% 400,0	op	220						
4	CHLORSUCCILLIN 0,2 X 10 FIOŁ	op	20						
5	CORHYDRON 100 MG X 5 FIOŁ	op	1000						
6	DEXAVEN 4 MG/1ML X 10 AMP	op	1000						
7	DEXAVEN 8 MG/2ML X 10 AMP	op	1100						
8	FLUCINAR UNG. 15 G	op	500						
9	HYDROCORTISONUM 20MG X 20 TABL	op	5						
10	HYDROCORTISONUM 1% KREM 15,0	op	100						
11	LIGNOCAINUM HYDROCHL. ZEL.TYP A	op	150						
12	LIGNOCAINUM HYDROCHL. ZEL.TYP U	op	700						
13	LORINDEN A UNG 15,0 G	op	400						
14	LORINDEN C UNG 15,0 G	op	600						
15	MECORTOLON KREM 10,0 G	op	550						
16	METRONIDAZOL KREM 15,0 G	op	5						
17	NEOMYCIN 0,5% UNG 3,0 G OPHT	op	100						
18	NOOTROPIL INJ 1G/5 ML X 12 AMP	op	240						
19	OXYCORT UNG 3,0 G OPHT	op	100						
20	TESTOSTERON PROLONG.INJ.100MG/1ML X 5	op	4						

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET VII

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ADDAMEL N 10 ML X 20 FIOŁ	op	24						
2	ADDIPHOS 20 ML X 10 FIOŁ	op	30						
3	ALBUMINY 20 % 50 ML	fl	550						
4	AMINOPLASMAL HEPA 10% 500 ML	fl	50						
5	AMINOPLASMAL E 10% 500ML	fl	150						
6	AQUA PRO INJ. 500 ML	fl	1400						
7	DEKSTRAN C CZ 40000 10% 500 ML	fl	80						
8	DEKSTRAN C CZ 70000 6% 500 ML	fl	10						
9	GELOFUSINE 4% 500ML	fl	100						
10	GLUCOSUM+NaCl ISOT.2:1 a 500 ML	fl	1500						
11	GLUCOSUM INJ. 10% 500 ML	fl	4500						
12	GLUCOSUM INJ. 20% 500 ML	fl	400						
13	GLUCOSUM INJ. 5% 250 ML	op	2700						
14	GLUCOSUM INJ. 5% 500 ML	fl	8000						
15	GLUCOSUM INJ.5% 500ML BUT. STOJĄCA Z DWOMA NIEZALEŻNYMI RÓWNYMI PORTAMI NIEWYMAGAJĄCYMI DEZYNFEKCJI	fl	6000						
16	IMMUNOGLOBULINA 2,5 G 50 ML	fl	2						

17	IMMUNOGLOBULINA 5 G 100 ML	fl	20						
18	LIPOFUNDIN MCT/LCT 10% 500ML	fl	10						
19	LIPOFUNDIN MCT/LCT 20% 500 ML	fl	10						
20	LIPOFUNDIN MCT/LCT 20% 250ML	fl	10						
21	MANNITOL INJ. 20% 250 ML	fl	2800						
22	METRONIDAZOL 0,5% 100 ML	fl	7500						
23	NATRIUM CHLORATUM 0,9 % 100 ML	fl	24000						
24	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 250 ML	fl	1000						
25	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 250 ML BUT. STOJĄCA Z DWOMA NIEZALEŻNYMI RÓWNYMI PORTAMI NIEWYMAGAJĄCYMI DEZYNFEKCJI	fl	7000						
26	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 500 ML BUT. STOJĄCA Z DWOMA NIEZALEŻNYMI RÓWNYMI PORTAMI NIEWYMAGAJĄCYMI DEZYNFEKCJI	fl	16000						
27	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 500 ML	fl	32000						
28	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 3000 ML	fl	150						
29	NATRIUM CHLORATUM 0,9% 5000 ML	fl	280						
30	NUTRICOMP NEUTRAL STANDARD	op	10						
31	NEPHROTECT 10% 500 ML	fl	40						
32	NUTRISON 500 ML	op	10						
33	NUTRISON 1000 ML	op	5						
34	NUTRISON ENERGY 500 ML	op	10						
35	NUTRISON ENERGY 1000 ML	op	5						
36	NUTRISON MULTI FIBRE 500 ML	op	10						
37	NUTRISON MULTI FIBRE 1000 ML	op	5						
38	NUTRISON ADVANCED DIASON 1000 ML	op	5						
39	NUTRISON ADVANCED PROTISON 500 ML	op	4						
40	NUTRIFLEX PERI 2000 ML	fl	10						
41	NUTRIFLEX PERI 1000 ML	fl	10						
42	NUTRIFLEX SPECJAL 1500 ML	fl	10						
43	NUTRIFLEX PLUS 1000ML	fl	10						
44	NUTRIFLEX BASAL 2000 ML	fl	160						
45	PŁYN NAWAD.INTERW.HIPOT. 500 ML	fiol	500						
46	PŁYN SOLUTIO RINGERI 500 ML	fl	9000						
47	PŁYN WIELOELEKTROLITOWY 500ML ML	fl	21000						
48	PŁYN WYRÓWNAWCZY PEDIATRYCZNY 250ML	fl	280						
49	PURISOLE PŁYN 3000 ML	fl	30						
50	SOLUVIT N X 10 FIOLE	op	30						
51	STEROFUNDIN 500 ML BUT. STOJĄCA Z DWOMA NIEZALEŻNYMI RÓWNYMI PORTAMI NIEWYMAGAJĄCYMI DEZYNFEKCJI	fl	8000						
52	TETRASPAN 6% 500 ML	fl	450						

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA

PAKIET VIII

	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	uwagi
LP	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ETHAMBUTOL 0,25 X 250 TABL.	op	50						
2	NIDRAZID 0,1 X 250 TABL.	op	20						
3	PYRAZINAMID 0,5 X 250 TABL.	op	45						
4	RIFAMAZID 0,15 X 100 KAPS.	op	5						
5	RIFAMAZID 0.3 X 100 KAPS.	op	50						
6	RIFAMPICIN 0,3 X 100 KAPS.	op	30						
7	RIFAMPICIN 0,15 X 100 KAPS	op	10						
8	TUBERCULINUM PPD 1,5ML	fiol	50						

SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA

PAKIET IX

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1		3	4	5	6	7	8	9	10
1	ACODIN 0,015 X 30 TABL.	op	100						
2	ADENOCOR 6 MG / 2 ML X 6 AMP.	op	15						
3	AGEN 5 MG X 30 TABL	op	330						
4	AGEN 10 MG X 30 TABL	op	120						
5	ATENOLOL 50 MG x 30 TABL.	op	5						
6	ATRAM 6,25 X 30 TABL	op	360						
7	ATRAM 12,5 X 30 TABL	op	60						
8	BIOSOTAL 40 MG X 60 TABL	op	35						
9	BIOSOTAL 80 MG X 30 TABL.	op	35						
10	BIOXETIN 20 ML X 30 TABL	op	10						
11	CORDARONE 0,2 X 30 TABL	op	120						
12	CORDARONE 150 MG / 3 ML X 6 AMP.	op	1200						
13	CORONAL 5 MG X 30 TABL	op	360						
14	CORONAL 10 MG X 30 TABL	op	100						
15	DEPAKINE CHRONO 300 MG X 30 TABL	op	60						
16	DEPAKINE CHRONO 500 MG X 30 TABL	op	240						
17	DEPAKINE INJ. 400 MG / 4 ML X 4 FIOŁ.	op	200						
18	DEPAKINE CHRONOSPHERE 500 GRAN.X 30	op	5						
19	ENZAPROST 5 MG/1ML X 5 AMP	op	5						
20	EXACYL INJ. I.V. 0,5 / 5 ML X 5 AMP.	op	1200						
21	HELICID 40 MG X 1 FIOŁKA	fiol	3000						
22	LOKREN 20 MG X 28 TABL	op	5						
23	MONONIT 10 MG x 60 TABL.	op	60						
24	MONONIT 20 MG x 60 TABL.	op	60						
25	MONONIT RETARD 60 MG X 30 TABL.	op	50						
26	MYCOMAX 2MG/1ML 100 ML	fiol	60						
27	MYOLASTAN 0,05 X 20 TABL.	op	5						
28	NO-SPA 0,04 / 2 ML X 5 AMP.	op	800						
29	NO-SPA 0,04 X 20 TABL.	op	800						
30	NO-SPA 0,08 X 20 TABL.	op	200						
31	PLAVIX 0,3 X 30 TABL.	op	40						
32	PLAVIX 75 MG X 84 TABL.	op	60						
33	ROVAMYCIN 3 MLN J.N X 10 TABL	op	80						
34	SOLIAN 0,4 X 30 TABL	op	10						
35	TARGOCID 400 MG FIOŁ+ROZP	op	140						
36	TARIVID 0,2 X 10 TABL	op	20						
37	TAVANIC 250 MG X 7 TABL	op	10						
38	TAVANIC 500 MG X 7 TABL	op	10						
39	TAVANIC 500 MG/100 ML X 1 FIOŁ	op	200						
40	TIAPRIDAL 100 MG X 20 TABL	op	120						
41	TRITACE 5MG X28 TABL	op	500						
42	TRITACE 10 MG X 28 TABL	op	450						
43	TRANXENE 0,005 X 30 KAPS.	op	20						
44	TRANXENE 0,01 X 30 KAPS.	op	20						
45	TUSSICOM 200 MG X 20 SASZETEK	op	200						
46	ZOXON 1 MG X 30 TABL	op	15						
47	ZOXON 2 MG X 30 TABL	op	20						
48	ZOXON 4 MG X 30 TABL	op	20						

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET X

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	CLEXANE INJ. 0,02/ 0,2 ML X 10	op	140						
2	CLEXANE INJ. 0,04 / 0,4 ML X 10 AUTOSTRZYK.	op	1400						
3	CLEXANE INJ. 0,06 / 0,6 ML X 10 STRZYKAWEK	op	900						
4	CLEXANE INJ. 0,08 / 0,8 ML X 10 STRZYKAWEK	op	140						

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMOWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET XI

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	Cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	ARIXTRA 2,5MG/0,5ML X 10 AMP	op	1						
2	AUGMENTIN 1,2 G FIOŁ	fiol	500						
3	BISACODYL 0.01 X 5 SUPP.	op	300						
4	BUTAPIRAZOL 0,25 X 5 SUPP	op	80						
5	FORTUM 1,0	op	500						
6	FRAXIPARINE INJ, 0,3 ML X 10 AMP	op	140						
7	FRAXIPARINE INJ,0,4ML X 10 AMP	op	1300						
8	FRAXIPARINE INJ,0,6ML X10 AMP	fiol	850						
9	FRAXIPARINE INJ.0.8ML X 10 AMP	op	140						
10	FRAXIPARINE MULTI INJ.5,0ML X 10 FIOŁ	op	20						
11	HEPARYNA KREM 20 G	op	45						
12	MIVACRON INJ. 0,01 / 5 ML X 5 AMP.	op	18						
13	MIVACRON INJ. 0,02 / 10 ML X 5 AMP.	op	20						
14	NIMBEX 0,01/5ML X 5 AMP.	op	35						
15	NIMBEX 0,005/2,5 ML X 5 AMP	op	30						
16	STRZYKAWKI PREC.-TUBER.KALIBR. 0,1 Z IGŁĄ 25 G X 100 SZT	op	20						
17	TRACRIUM INJ. 50 MG 5ML X 5 AMP.	op	300						
18	VENTOLIN AEROSOL 0.1MG X 200	op	10						
19	ZINACEF 0,750 G	op	1000						
20	ZINACEF 1,5 G	op	5000						

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET XII

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	cena brutto	wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ACIDUM BORICUM	KG	1						
1	ACIDUM SALICYLICUM	KG	5						
2	ACIDUM TANNICUM	KG	1,5						
3	AMMONIUM BROMATUM	KG	4						
4	AMMONIUM SULFOBITUMINICUM	KG	8						
5	BALSAM PERUWIAŃSKI	G	50						
6	ARGENTUM NITRICUM SUBST	G	100						
7	BENZYNA APTECZNA	LITR	80						
8	BENZOCALINUM	G	50						
9	CALCIUM CARBONICUM	KG	0,2						
10	CHLORAMINA T SUBS.	KG	2						
11	DETREOMYCYNĄ SUBST.	G	200						
12	DITHRANOL	G	75						
13	EUCERYNA	KG	50						
14	ETANOL 96% 1000 ML	OP	15						
15	FORMALDEHYDUM 35%	KG	3						
16	GENTAMYCIN SULFAS.	G	50						
17	GLUCOSUM	KG	20						
18	GLYCEROLUM 86%	KG	3						
19	HYDROCORTISONUM	G	1400						
20	HYDROGENIUM PEROXYDATUM 30%	KG	60						
20	KALIUM BROMATUM	KG	8						
21	NATRIUM BROMATUM	KG	8						
22	NEOMYCINUM SUBST	G	800						
23	OLEUM RICINI	LITR	14						
24	PARAFINUM LIGFIDUM	KG	80						
25	RIVANOL SUBS.	G	150						
26	SOL.FORMALINI 10%	KG	600						
27	SOLUTIO JODI SPIRITUOSA	KG	40						
28	SPIRYTUS SALICYLOWY 2% 0,8 kg	FL	200						
29	SULFUR PPT.	KG	9						
30	TALCUM	KG	5						
31	UREA	G	700						
32	WODA UTLENIONA 3% 1 L	FL	600						
33	VASELINUM ALBUM	KG	220						
34	VASELINUM FLAVUM	KG	60						
35	ZINCUM OXYDATUM	KG	3						

**SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA
SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW**

PAKIET XIII

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cena netto	wartość netto	VAT	Cena brutto	Wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	DOLARGAN INJ.0.1/2ML	amp	3200						
2	FENTANYL INJ.0,1 MG/2 ML	amp	3000						
3	FENTANYL INJ.0,5 MG/10 ML	amp	2500						
4	KETANEST 0,5G/10 ML X 5 FIOŁ	fiol	200						
5	MORPHINUM H/CHLOR.PULVIS	g	5						
6	MORPHINUM SULFAS.0,01	amp	600						
7	MORPHINUM SULFAS.0,02	amp	200						

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA NA DOSTAWĘ LEKÓW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET XIV

	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	Cena brutto	Wartość brutto	Uwagi
LP	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	PODTLENEK AZOTU A 7 KG	butle	160						

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKOW ZAMOWIENIA NA DOSTAWĘ LEKOW
SP ZOZ MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY UL. MIROWSKA 15 CZĘSTOCHOWA**

PAKIET XV

LP	Nazwa	J. M.	ilość	Cenna netto	wartość netto	VAT	Cena brutto	Wartość brutto	Uwagi
1	2	3	4						10
1	COAXIL 0,0125 X 90 TABL	op	50						
2	DIAPREL MR 0,03 X 90 TABL	op	120						
3	PREDUCTAL MR 0,035 X 90 TABL	op	60						
4	PRESTARIUM 0,005 X 90 TABL	op	150						
5	PRESTARIUM 0,01 X 90 TABL	op	5						
6	PROCORALAN 0,005 X 56 TABL	op	2						
7	TERTENSIF SR 1,5 MG X 90 TABL	op	280						
8	NOLIPREL 2,5 ML/0,625X 90 TABL	op	10						
9	NOLIPREL 5 MG/1,25 90 TABL	op	10						

