

ZAPYTANIE OFERTOWE Nr ZP/ZO/13/2022

**Zakup i sukcesywna dostawa leków, preparatów farmaceutycznych oraz środków medycznych do  
Domu Pomocy Społecznej w Nielestnie**

Płatnik:

Powiat Lwówecki, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski, NIP 616-14-10-172

Odbiorca:

Dom Pomocy Społecznej w Nielestnie, Nielestno 17, 59-610 Wleń, zwany dalej: Zamawiającym

Kontakt: tel. 75 71 36 402, e-mail: [sekretariat@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl](mailto:sekretariat@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl)

Ogłoszenie o zamówieniu zamieszczono na stronie internetowej Zamawiającego  
<https://dpsnielestno.naszbp.pl/>

Dom Pomocy Społecznej w Nielestnie, zaprasza do złożenia ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego o wartości netto, która jest mniejsza niż 130 000 zł, do którego zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U.2022, poz. 1710 t.j. z późn. zm.) nie stosuje się przepisów tej ustawy.

**Przedmiot zamówienia:** Przedmiotem zamówienia jest **Zakup i sukcesywna dostawa leków, preparatów farmaceutycznych oraz środków medycznych do Domu Pomocy Społecznej w Nielestnie.**

Szczegółowy wykaz ilościowy, asortymentowy oraz jakościowy zawiera załącznik nr 4.

I. Ogólne warunki zamówienia:

Opis wymagań:

1. Przedmiotem zapytania jest sukcesywna dostawa leków, preparatów farmaceutycznych i środków medycznych wykazanych w załączniku nr 4. Oferent wycenia jedną sztukę (opakowanie) każdej pozycji z osobną wskazując każdorazowo cenę brutto pełnopłatną oraz cenę uwzględniającą przysługującą pacjentowi refundację. Jeżeli któryś z leków może być refundowany z różną odpłatnością, w zależności od odpłatności zaznaczonej na receptce przez lekarza – lek należy wyceniać z odpłatnością najniższą, najkorzystniejszą dla pacjenta.
2. W razie potrzeby wynikającej ze strony Zamawiającego, oferta może zostać poszerzona o inne produkty lecznicze, które w swojej ofercie będzie posiadał Oferent.
3. Podane w formularzach cenowych ilości danego rodzaju asortymentu mają charakter szacunkowy i nie stanowią ze strony Zamawiającego zobowiązania do nabycia podanych ilości. Zamawiający zastrzega, że rzeczywiste ilości kupna każdego rodzaju artykułów będą wynikać z aktualnych potrzeb Zamawiającego i mogą odbiegać od ilości podanych w formularzu. W związku z powyższym zmniejszeniu lub zwiększeniu ulegnie wartość brutto niniejszej umowy, a Wykonawcy nie będą przysługiwały z tego tytułu żadne roszczenia finansowe wobec Zamawiającego.
4. W przypadku konieczności kupna przez Zamawiającego asortymentu nie ujętego w formularzu cenowym podstawą rozliczeń będą ceny aktualnego cennika Wykonawcy dostarczonego w formie pisemnej Zamawiającemu.

5. Wykonawca zobowiązany jest do dostawy przedmiotu zamówienia wraz z informacją, opisem zawierającym wskazania producenta co do właściwości przedmiotu zamówienia, zasad bezpieczeństwa użytkowania i terminu ważności. Wymagania te muszą znajdować się na/lub w opakowaniu w formie ulotki, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
6. Oferowane produkty muszą posiadać aktualne świadectwo rejestracji, atest, świadectwo jakości, deklarację zgodności lub zezwolenie dopuszczające do obrotu i stosowania w zakładach służby zdrowia, a ponadto właściwe oznakowanie opakowań zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Wykonawca jest zobowiązany na każde pisemne żądanie Zamawiającego niezwłocznie dostarczyć świadectwo dopuszczenia wyrobu do stosowania na rynku polskim w zakresie przedmiotu zamówienia.
7. Termin ważności oferowanych produktów nie może być krótszy niż 6 miesięcy licząc od dnia dostawy.
8. Wykonawca pokrywa koszty transportu oraz odpowiada za prawidłowe warunki przewozu przedmiotu zamówienia do siedziby Zamawiającego. Wykonawca przekazuje zamówione artykuły osobie upoważnionej do odbioru i kontroli ilościowej oraz jakościowej w umówionych godzinach. Nie dopuszcza się pozostawienia zamówionych artykułów przez Wykonawcę osobom nieupoważnionym.
9. W przypadku otrzymania artykułów o niewłaściwej jakości handlowej Zamawiający odmówi przyjęcia i zgłosi niezwłocznie reklamację osobiście lub telefonicznie do trzech dni po dniu dostawy.
10. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczania wybranego asortymentu według zamówienia złożonego przez Zamawiającego, określającego ilość oraz termin jego realizacji. Zamówienie powinno być złożone pisemnie, telefonicznie lub mailem. Przy odbiorze leków nastąpi przekazanie recept przez uprawnionego pracownika DPS.
11. Dostawa leków odbywać się będzie etapowo na podstawie recept odbieranych przez Wykonawcę osobiście z siedziby Zamawiającego lub przekazanych osobie przez niego upoważnionej.
12. Wykonawca zobowiązuje się do odbioru recept i listy zaopatrzenia w dniu złożenia zamówienia. W przypadku wystąpienia nieprzewidzianego zapotrzebowania na leki w dniu wolne od pracy tj. soboty, niedziele i święta, długie weekendy lub w sytuacji wymagającej nagłego podania leku osobie, której życie jest zagrożone, Zamawiający złoży zamówienie telefonicznie, a Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia (odbior recepty wraz z dostarczeniem leku) w terminie nieprzekraczającym 4 godziny, licząc od chwili złożenia zamówienia.
13. Wykonawca zobowiązuje się do utrzymania cen leków jak w formularzu ofertowym. Podstawą do zmiany cen leków jest zmiana list urzędowych odpłatności za leki, ewentualnie zamiany stawki VAT lub zmiany w przepisach obowiązujących dot. Zmian zasad odpłatności za leki i inne produkty farmaceutyczne.
14. Zamawiający zastrzega sobie możliwość dostarczania produktów równoważnych, tj. produktów, które są bezpośrednimi odpowiednikami produktów z załącznika nr 4, o tej samej nazwie międzynarodowej, postaci farmaceutycznej i dawce oraz cenie nie wyższej od leku zamawianego. Wykonawca ma obowiązek poinformowania Zamawiającego o istnieniu tańszego zamiennika leku. Zamawiający może sam życzyć sobie dostarczenia zamiennika pomimo wskazanego na receptce innego leku. W przypadku zaprzestania lub braku produkcji danego preparatu w okresie trwania umowy Wykonawca zobowiązuje się niezwłocznie o tym fakcie zawiadomić Zamawiającego.
15. Za każdym razem kiedy w załączniku nr 4 w postaci leku wpisana jest tabletką, oznacza to postać leku w tabletkce, drażetce, kapsułce. W przypadku leków występujących w dużych opakowaniach Zamawiający zastrzega możliwość zakupu części opakowania (np. 5 ampułek), zgodnie z zaleceniem lekarza.
16. W przypadku wejścia w życie ustawy w sprawie zasad sprzedaży leków refundowanych przez NFZ, umowa na realizację niniejszego zamówienia może być rozwiązana z dniem obowiązywania nowych przepisów, bez jakichkolwiek roszczeń odszkodowawczych ze strony Wykonawcy.

17. Wykonawca będzie dostarczał sukcesywnie artykuły na własny koszt do Domu Pomocy Społecznej w Nieleśnie, Nieleśno 17, 59-610 Wleń.
18. Wykonawca odpowiedzialny będzie za całokształt realizacji przedmiotu zamówienia, w tym za przebieg oraz terminowe wykonywanie zamówienia w okresie obowiązywania umowy. Wymagana jest należyta staranność przy realizacji zamówienia, rozumiana jako staranność profesjonalisty w działalności objętej przedmiotem zamówienia. Reklamacje dotyczące stwierdzonych nieprawidłowości, wad załatwiane będą niezwłocznie.
19. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczania leków i preparatów farmaceutycznych każdorazowo oddzielnie zapakowanych dla każdego mieszkańca z oznaczeniem jego imienia i nazwiska, zgodnie ze wskazaniem zawartym w recepcie i zamówieniu.
20. Każda faktura dostarczana wraz z zamówionym towarem musi zawierać nazwę i adres oraz NIP Domu, tj.: Dom Pomocy Społecznej, Nieleśno 17, 59-610 Wleń, NIP 616-12-28-875, a także nazwisko, imię oraz PESEL mieszkańca. Dodatkowo na fakturze musi być wyszczególniona odpłatność: odpłatność mieszkańca (powyżej wysokości limitu ceny lub ryczaftu) oraz odpłatność DPS (do wysokości limitu ceny lub ryczaftu).
21. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.

## II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia:

Dostawy będą realizowane w okresie **od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.**

## III. Okres gwarancji:

Okres gwarancji zgodny z terminem producenta dla danego rodzaju asortymentu.

## IV. Miejsce i termin złożenia oferty:

Wykonawca składa ofertę listownie lub osobiście, na wyznaczonym przez Zamawiającego formularzu, w zamkniętej kopercie na adres: Dom Pomocy Społecznej w Nieleśnie, Nieleśno 17, 59-610 Wleń, na kopercie należy umieścić nazwę i adres oferenta wraz z dopiskiem: **Oferta na: Zakup i sukcesywna dostawa leków, preparatów farmaceutycznych oraz środków medycznych do Domu Pomocy Społecznej w Nieleśnie - nie otwierać przed dniem 05.12.2022 r.** Oferty należy składać w sekretariacie Domu Pomocy Społecznej w Nieleśnie do dnia **05.12.2022 r. do godz. 09:00.** Oferty można składać także drogą elektroniczną na adres: [sekreteriat@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl](mailto:sekreteriat@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl), w taki sposób, aby nie było możliwe odczytanie wartości oferty po zaznaczeniu lub kliknięciu wiadomości w skrzynce odbiorczej.

## V. Termin otwarcia ofert:

Otwarcie ofert nastąpi w dniu **05.12.2022 r. o godzinie 09:30** w siedzibie Zamawiającego.

## VI. Warunki płatności:

Rozliczenie nastąpi przelewem z konta Zamawiającego, na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę w terminie 30 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury. Za termin dokonania uważa się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.

## VII. Sposób przygotowania oferty:

1. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej w języku polskim oraz musi być podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy.

2. Oferta, która będzie przesłana drogą elektroniczną powinna być przygotowana w taki sposób, aby nie było możliwe odczytanie ceny oferty po zaznaczeniu lub kliknięciu wiadomości w skrzynce odbiorczej. Oferta powinna być zatem spakowana w odpowiednim formacie .7z lub .zip, Oferty złożone w sposób umożliwiający zapoznanie się z ofertą cenową przed zakończeniem wyznaczonego terminu składania ofert, nie będą rozpatrywane.
3. Zamawiający wymaga, aby wszystkie pozycje w załącznikach zapytania ofertowego były wypełnione. Niewypełnienie pozycji spowoduje odrzucenie oferty.
4. Wszelkie poprawki w ofercie winny być naniesione czytelnie oraz opatrzone podpisem osoby uprawnionej.
5. Zabrania się modyfikacji formularza cenowego poprzez zmianę lub dopisywanie nieujętych pozycji.
6. Wykonawca ponosi koszty sporządzenia oferty.
7. Zamawiający odrzuci ofertę, która nie spełnia wymagań określonych w zapytaniu ofertowym.
8. Zamawiający w toku badania i oceny może wezwać Wykonawców do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty.
9. Zamawiający będzie miał prawo żądać wyjaśnień od Wykonawców, których oferty będą zawierać rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.
10. Zamawiający poprawi w treści oferty oczywiste omyłki rachunkowe i pisarskie.
11. Oferty składane po wyznaczonym terminie, nie będą rozpatrywane.
12. Po terminie składania ofert, oferty w zamkniętych kopertach, niezwłocznie przekazane zostaną pracownikowi odpowiedzialnemu za realizację zadania. Oferty, które nadejdą pocztą w kopertach lub opakowaniach naruszonych lub nie zaklejonych nie będą rozpatrywane.
13. Oferta może być dostarczona osobiście przez Wykonawcę do siedziby Zamawiającego lub przesłana pocztą na adres Zamawiającego pod warunkiem, że zostanie ona dostarczona przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za oferty przesłane pocztą lub drogą elektroniczną.
14. Wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostaną ogłoszony na stronie internetowej <https://dpsnielestno.naszbiop.pl/>.
15. Wybór najkorzystniejszej oferty jest ostateczny i nie podlega procedurze odwoławczej.
16. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany warunków Zapytania ofertowego bez podania przyczyny.
17. W uzasadnionych przypadkach Zamawiający może przed upływem terminu składania ofert zmienić treść zapytania ofertowego. Dokonaną zmianę zapytania ofertowego Zamawiający zamieszcza na stronie internetowej Zamawiającego: <https://dpsnielestno.naszbiop.pl/>.
18. Zamawiający może w każdej chwili unieważnić postępowanie o udzielenie zamówienia bez podania przyczyny.

#### VIII. Warunki udziału w postępowaniu:

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy zobowiązują się dostarczyć artykuły zgodnie z wykazem stanowiącym Załącznik do zapytania ofertowego.
2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni. Bieg terminu ważności oferty rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

#### IX. Warunki wykluczenia:

Zamówienie nie może zostać udzielone podmiotowi powiązanemu osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym (załącznik nr 2). Z postępowania wyklucza się:

- 1) wykonawcę wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2022, poz.835);
- 2) wykonawcę którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U.2022, poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz.U.2022, poz. 835);
- 3) wykonawcę którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U.2021, poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz.U.2022, poz. 835).

#### X. Opis sposobu obliczenia ceny:

1. Wykonawca wycenia jedną sztukę (opakowanie) każdej pozycji z osobna. Przy wypełnianiu tabeli rozeznania cenowego Wykonawca w wycenie lekarstw ujmie wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia. Ceny będą zawierać upusty jakie Wykonawca proponuje Zamawiającemu oraz wszelkie koszty transportu. Ceny podane przez Wykonawcę będą obowiązywały przez okres na jaki zostanie zawarta umowa i nie będą podlegały zmianom. Jedyną podstawą do zmiany cen leków jest zmiana list urzędowych odpłatności za leki, ewentualne zmiany stawki podatku VAT lub zmiany w przepisach obowiązujących dot. zasad odpłatność za leki i inne produkty farmaceutyczne.
2. Cena podana przez Wykonawcę w ofercie będzie wiążąca przez okres realizacji umowy i nie będzie podlegała zmianie z zastrzeżeniem zapisów wynikających z umowy oraz zmiany stawki podatku od towarów i usług (VAT), wynikających ze zmiany przepisów prawa.

#### XI. Kryterium i uwagi dodatkowe:

1. Przy dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie kierował się następującym kryterium oceny ofert: 100% ceny.
2. Wszystkie kwoty wskazane w formularzu oferty należy podać w zaokrągleniu do pełnych groszy.
3. W przypadku, jeżeli Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana nie podpisze umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, Zamawiający będzie uprawniony do wyboru oferty najkorzystniejszej spośród pozostałych złożonych ofert.
4. Zamawiający nie wymaga wadium.
5. Kompletna oferta musi zawierać wyszczególnione poniżej załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy,  
Załącznik nr 2 – Oświadczenie Wykonawcy,  
Załącznik nr 3 – Oświadczenie RODO,  
Załącznik nr 4 – Formularz zapytania cenowego.

## Klauzula informacyjna - art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych z związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) dalej RODO, informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dom Pomocy Społecznej w Nieleśtnie, Nieleśtno 17, 59-610 Wleń, tel. 757136402, e-mail: [sekretariat@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl](mailto:sekretariat@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl)
- kontakt do Inspektora Ochrony Danych, pisemnie na adres: Dom Pomocy Społecznej, Nieleśtno 17, 59-610 Wleń, e-mail: [iod@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl](mailto:iod@dpsnielestno.powiatlwowecki.pl);
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu przeprowadzenia postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego prowadzonego w trybie zaproszenia do złożenia oferty;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy Domu Pomocy Społecznej w Nieleśtnie oraz podmioty na podstawie przepisów prawa w celu prawidłowego przeprowadzenia postępowania ofertowego;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 78 ustawy PZP przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy PZP związanych z udziałem w postępowaniu zamówienia publicznego, konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy PZP;
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
  - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
  - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*,
  - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*,
  - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pana, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,
- nie przysługuje Pani/Panu:
  - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
  - prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa art. 20 RODO,
  - prawo sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1, lit. c RODO.

\* Wyjaśnienie: informacja w tym zakresie jest wymagana, jeżeli w odniesieniu do danego administratora lub podmiotu powtarzającego istnieje obowiązek wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych.

\*\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą PZP oraz nie może naruszać integracji protokołu oraz jego załączników.

\*\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

Zatwierdził: Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Nieleśnie .

Nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

Nr telefonu: .....

E-mail: .....

### FORMULARZ OFERTOWY

Składam/y ofertę zgodnie z wymogami zawartymi w formularzu zapytania cenowego.  
Cena oferty na produkty zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do zapytania ofertowego:

Wartość brutto: ..... zł

Wartość brutto słownie: ..... zł

1. Oświadczam/y, że cały zakres objęty przedmiotem zamówienia wykonamy w terminie 01.01.2023- 31.12.2023.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią, w tym z opisem przedmiotu zamówienia i akceptuję go bez zastrzeżeń i ograniczeń.
3. Uzyskałem konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. Udzielam okres gwarancji zgodnie z treścią zapytania ofertowego.
5. Zadeklarowana cena zawiera podatek VAT w należnej stawce i stanowi wynagrodzenie ryczałtowe.
6. Oświadczam, że przyjmuję 30 dniowy termin płatności faktury, licząc od daty jej otrzymania przez Zamawiającego.

....., dnia .....

.....  
(czytelny podpis osoby, zgodnie z zaświadczeniem  
o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej  
lub imienna pieczętka)



### Oświadczenie Wykonawcy

.....  
Nazwa Wykonawcy:  
(pieczęć)

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie zapytania ofertowego, niniejszym oświadczam, że spełniłem warunki określone w zapytaniu ofertowym dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia, dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami do wykonania zamówienia;
3. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Oświadczam, że:

Nie jestem z Zamawiającym powiązany osobowo lub kapitałowo, tzn.: nie jestem z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem procedury Wykonawcy a Wykonawcą, powiązany przez:

- a) uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji,
- c) pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- a) pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli,
- d) powiązany z Wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnienie wątpliwości co do bezstronności tych osób.

.....  
(miejsce, data i podpis Wykonawcy  
lub osoby uprawnionej do reprezentowania)

.....  
Nazwa i adres Wykonawcy (pieczętka)

Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 3 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*.

..... dnia .....

.....  
podpis i pieczętka osób uprawnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu  
Wykonawcy

• rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016, str. 1)

\*\* W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłącznie stosowanie obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia, Wykonawca nie składa oświadczenia ani wniosku o usunięcie treści oświadczenia (np. przez jego wykreślenie).

**NIE DOKONYWAĆ ZMIAN W UKŁADZIE TABELI**

Załącznik nr 4  
do zapytania ofertowego  
Nr ZP/ZO/13/2022

Formularz zapytania cenowego

Zakup i sukcesywna dostawa leków, preparatów farmaceutycznych oraz środków medycznych do Domu Pomocy Społecznej w Nieleśnie

| Lp. | Nazwa leku  | J.m.           | Zapotrzebowanie od 01.01.2023 do 31.12.2023 | Cena jedn. netto (w zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto pełnopłatna | Cena brutto po uwzględnieniu refundacji | Wartość brutto ilość x cena (kol. 4 x kol. 8) |
|-----|---|----------------|---|-------------------------|----------------|-------------------------|---|---|
| 1.  | 2.  | 3.             | 4.  | 5.                      | 6.             | 7.                      | 8.                                      | 9.  |
| 1.  | ACARD 75 mg                                       | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 2.  | ACINETON 2 mg                                     | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 3.  | ACLOTIN 250 mg                                    | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 4.  | ADASTER 5 mg                                      | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 5.  | AGLAN 15 mg                                       | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 6.  | ALDAN 5 mg  | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 7.  | AMETYL 0,01 mg                                    | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 8.  | AMITRIPTYLINUM VP 25 mg                           | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 9.  | ANDEPIN 20 mg                                     | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 10. | ARGENTIN - T spray do gardła 20 ml                | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 11. | ARRORIS 60 mg                                     | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 12. | ARTOVENT N  | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 13. | ATORIS 20 mg                                      | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 14. | ATORIS 40 mg                                      | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 15. | ATROPINUM SULF 1%                                 | kropki do oczu | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 16. | ATROX 40 mg                                       | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 17. | AUDEPIN 20 mg                                     | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 18. | AVASART 0,08 mg                                   | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 19. | AVEDOL 12,5 mg                                    | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 20. | BANDAŻ NIEELASTYCZNY, PODTRZYMUJĄCY rozmiar 10 cm | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 21. | BETASERC 24 mg                                    | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |

| Lp. | Nazwa leku                     | J.m.           | Zapotrzebowanie od 01.01.2023 do 31.12.2023 | Cena jedn. netto (w zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto pełnopłatna | Cena brutto po uwzględnieniu refundacji | Wartość brutto ilość x cena (kol. 4 x kol. 8) |
|-----|--------------------------------|----------------|---|-------------------------|----------------|-------------------------|---|---|
| 1.  | 2.                             | 3.             | 4.  | 5.                      | 6.             | 7.                      | 8.                                      | 9.  |
| 22. | BETASERC 8 mg                  | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 23. | BETO ZK 200 mg                 | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 24. | BISOCARD 2,5 mg                | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 25. | BISORATIO 5 mg                 | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 26. | BRAUNOL płyn 250 ml            | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 27. | BRAUNOL płyn 75 mg/ml, 1000 ml | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 28. | CALCIUM ALERGIA                | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 29. | CALPEROS 1000 + 880            | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 30. | CAMLOCOT 16/10 mg              | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 31. | CARDURA XL                     | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 32. | CATALIN 0,75 mg                | krople do oczu | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 33. | CEZARUS 500 mg                 | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 34. | CHLORPROTIXEN 0,05 mg          | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 35. | CHOLESTIL                      | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 36. | CLATRA 10 mg                   | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 37. | CLEMASTINUM 1mg                | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 38. | CLONAZEPAN 0,5 mg              | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 39. | CLONAZEPAN 2 mg                | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 40. | CLOPIXOL 10 mg                 | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 41. | CLOPIXOL 25 mg                 | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 42. | CONCOR COR 2,5 mg              | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 43. | CONTROLOC 20 mg                | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 44. | CORNERE GEL 50 mg              | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 45. | CYCLO 3 FORTE                  | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 46. | DEBIRETIN                      | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 47. | DEBITUR                        | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 48. | DEPAKINE CHRONO 300 mg         | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 49. | DEPAKINE CHRONO 500 mg         | op.            | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |
| 50. | DEXAMETHASAN wzf 0,1%          | krople do oczu | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                    | 0,00  |

| Lp. | Nazwa leku                        | J.m.     | Zapotrzebowanie od 01.01.2023 do 31.12.2023 | Cena jedn. netto (w zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto pełnopłatna | Cena brutto uwzględnieniu refundacji | Wartość brutto ilość x cena (kol. 4 x kol. 8) |
|-----|-----------------------------------|----------|---|-------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|---|
| 1.  | 2.                                | 3.       | 4.  | 5.                      | 6.             | 7.                      | 8.                                   | 9.  |
| 51. | DEXILENST 60 mg                   | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 52. | DIAPREL 30 mg                     | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 53. | DIAPREL MR 30 mg                  | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 54. | DIEBETIN                          | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 55. | DIH 500 mg                        | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 56. | DITROPAN 5 mg                     | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 57. | DIURED 10 mg                      | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 58. | DIURED 5 mg                       | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 59. | DIURESIN SR 1,5 mg                | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 60. | ELIZUIS 5 mg                      | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 61. | ENETENAL 10 mg                    | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 62. | ESTAZOLAM                         | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 63. | EUTYROX W 25 mg                   | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 64. | FAMOGAST 40 mg                    | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 65. | FEBRAXINE                         | saszetki | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 66. | FINARAN 5 mg                      | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 67. | FINLEPSIN 200 mg                  | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 68. | FINLEPSIN 400 mg                  | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 69. | FINXTA 5 mg                       | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 70. | FLUCONAZOL 100 mg                 | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 71. | FLUTIXON 250 mg                   | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 72. | FLUXAMED 20 mg                    | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 73. | FOKUSIN 0.4 mg                    | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 74. | FORADIL 12                        | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 75. | FORXIGA 0,01                      | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 76. | FURAGIN                           | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 77. | FUROSEMID 40 mg                   | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 78. | GAZA JAŁOWA 17-nitkowa, 1 m2      | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 79. | GAZA NIEJAŁOWA 17-nitkowa, 1/2 m2 | op.      | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |

| Lp.  | Nazwa leku   | J.m. | Zapotrzebowanie od 01.01.2023 do 31.12.2023 | Cena jedin. netto (w zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto pełnopłatna | Cena brutto uwzględnieniu refundacji | Wartość brutto ilość x cena (kol. 4 x kol. 8) |
|------|--|------|---|--------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|---|
| 1.   | 2.   | 3.   | 4.  | 5.                       | 6.             | 7.                      | 8.                                   | 9.  |
| 80.  | GAZA OPATRUNKOWA JAŁOWA 10 cm x 10 cm                        | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 81.  | GLIBETIC 4 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 82.  | GLUCOPHAGE 500 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 83.  | GLUCOPHAGE XR 750 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 84.  | HALOPERIDOL 1 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 85.  | HALOPERIDOL 5 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 86.  | HELICID 20 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 87.  | HELICID 40 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 88.  | HELIDES 40 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 89.  | HEPAREGEN  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 90.  | HEPAREGEN 100 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 91.  | HYDROCHLORIAZID 12,5 mg                                      | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 92.  | HYDROXYZINUM 25 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 93.  | HYPLAFIN 0,0005 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 94.  | IPOLEL 75 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 95.  | IPP 20 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 96.  | IPP 40 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 97.  | JARDANCE 10 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 98.  | KALDYNUM 600 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 99.  | KOMPRES WŁÓKNIŚTY JAŁOWY MEDICOMP 4 warstwowy, 10 cm x 10 cm | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 100. | KROPLE ŻOŁĄDKOWE   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 101. | LACIPL 4 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 102. | LAMBRINEX 20 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 103. | LAMBRINEX 20 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 104. | LAMILEPT 50 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 105. | LAMOTRIX 50 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 106. | LAREMID 2 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 107. | LAVISTINA 16 mg  | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 108. | LERCAN 20 mg   | op.  | 10  |                          |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |

| 1p.  | Nazwa leku                         | J.m.     | Zapotrzebowanie<br>od 01.01.2023<br>do 31.12.2023 | Cena jedn.<br>netto<br>(w zł) | Stawka<br>VAT (%) | Cena brutto<br>pełnopłatna | Cena brutto po<br>uwzględnieniu<br>refundacji | Wartość brutto<br>ilość x cena<br>(kol. 4 x kol. 8) |
|------|------------------------------------|----------|---|-------------------------------|-------------------|----------------------------|---|---|
| 1.   | 2.                                 | 3.       | 4.  | 5.                            | 6.                | 7.                         | 8.  | 9.  |
| 109. | LETROX W 50                        | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 110. | LEVETIRACETAM 1000 mg              | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 111. | LEVETIRACETAM 250 mg               | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 112. | LIPANTHYL 267 M                    | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 113. | LORISTA 50 mg                      | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 114. | MAGLEL B6                          | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 115. | METFORMAX 500 mg                   | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 116. | MILURIT 100 mg                     | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 117. | MILURIT 300 mg                     | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 118. | MULTI URI                          | saszetki | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 119. | NEBICARD 5 mg                      | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 120. | NEBILEK 5 mg                       | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 121. | NEDAL 5 mg                         | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 122. | NEUROTOP 300 mg                    | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 123. | NEUROTOP 600 mg                    | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 124. | NEUROVIT 0,1+0,2+0,2               | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 125. | NITRENDYPIINA 20 mg                | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 126. | NO SPA 40 mg                       | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 127. | NO SPA FORTE 80 mg                 | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 128. | NOLIPREL 2,5 MG + 0.625 mg         | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 129. | NOLIPREL 5 MG + 1,25 mg            | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 130. | NONOPRES 50 mg                     | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 131. | NORMEG 1000 mg                     | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 132. | OCTENISEPT ZE SPRYSKIWACZEM 250 ml | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 133. | OLPEG 25 mg                        | syrop    | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 134. | OTRIVIN AEROL DO NOSA 1 mg/ml 10ml | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 135. | OZZION 20 mg                       | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 136. | PARACETAMOL                        | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 137. | PENESTER 5 mg                      | op.      | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |

| Lp.  | Nazwa leku                                  | J.m. | Zapotrzebowanie od 01.01.2023 do 31.12.2023 | Cena jedn. netto (w zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto pełnopłatna | Cena brutto uwzględnieniu refundacji | Wartość brutto ilość x cena (kol. 4 x kol. 8) |
|------|---|------|---|-------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|---|
| 1.   | 2.  | 3.   | 4.  | 5.                      | 6.             | 7.                      | 8.                                   | 9.  |
| 138. | PERAZIN 100 mg                              | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 139. | PERAZIN 25 mg                               | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 140. | PERAZIN 50 mg                               | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 141. | PLASTER WŁÓKNIOWY Z OPATRUNKIEM 1m x 6 cm   | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 142. | PLASTRY Z OPATRUNKIEM COSMOPOR E 7,2 x 5 cm | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 143. | POLFILIN 400 mg                             | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 144. | POLOCARD 75 mg                              | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 145. | POLPRAZOL 40 mg                             | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 146. | PRESTARIUM 10 mg                            | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 147. | PRIDINOL 5 mg                               | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 148. | PRIMACOR 20 mg                              | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 149. | PROKIT 50 mg                                | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 150. | PROSTAMIC 0,4 mg                            | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 151. | PROTIFAR                                    | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 152. | PYRALGINA                                   | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 153. | rolpryna 2 mg                               | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 154. | RUPAFIN 10 mg                               | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 155. | RUTINOSCORBIN 30 tabletek                   | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 156. | SANPROBI IBS                                | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 157. | SCOLPOLAN                                   | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 158. | SILODOSIN LEC 8 mg                          | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 159. | SIOFOR 1000 mg                              | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 160. | SIOFOR 850 mg                               | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 161. | SIRCLALUD 4 mg                              | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 162. | SORBIFER DUO                                | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 163. | SORTIS 20 mg                                | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 164. | SPIRONAL 25 mg                              | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 165. | SULPIRYD 100 mg                             | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |
| 166. | SYMGLIC 2 mg                                | op.  | 10  |                         |                | 0,00                    | 0,00                                 | 0,00  |



| Lp.  | Nazwa leku          | J.m.           | Zapotrzebowanie<br>od 01.01.2023<br>do 31.12.2023 | Cena jedn.<br>netto<br>(w zł) | Stawka<br>VAT (%) | Cena brutto<br>pełnopłatna | Cena brutto po<br>uwzględnieniu<br>refundacji | Wartość brutto<br>ilość x cena<br>(kol. 4 x kol. 8) |
|------|---------------------|----------------|---|-------------------------------|-------------------|----------------------------|---|---|
| 1.   | 2.                  | 3.             | 4.  | 5.                            | 6.                | 7.                         | 8.  | 9.  |
| 167. | TEGRETOL 400 mg     | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 168. | TEGRETOL CR 200 mg  | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 169. | TEGRETOL CR 400 mg  | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 170. | TERTENS AM 1,5/5 mg | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 171. | TIAPRIDAL 100 mg    | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 172. | TISERCIN 25 mg      | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 173. | TIUSOPT 20 mg       | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 174. | TOPAMAX 50 mg       | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 175. | TORSEMED 20 mg      | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 176. | TORSEMICOL 5 mg     | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 177. | TRANISTEC 52,5 mg/h | ropole do oczu | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 178. | TRITACE 2,5 mg      | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 179. | TRITACE 5 mg        | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 180. | TRITTICO CR 75 mg   | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 181. | TRUND 250 mg        | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 182. | UBRETID 5 mg        | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 183. | UPROX 0,4 mg        | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 184. | VESSEL DUO 250 mg   | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 185. | VETIRA 250 mg       | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 186. | VETIRAC 750 mg      | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 187. | VITAMINA B12        | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 188. | VITAMINA B2         | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 189. | VITAMINA B6         | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 190. | XARELTO 2,5 mg      | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 191. | ZASTERID 5 mg       | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 192. | ZENOFER SR 0,5 mg   | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 193. | ZENOFOR             | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 194. | ZIRD 50 mg          | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |
| 195. | ZOFENL 7,5 mg       | op.            | 10  |                               |                   | 0,00                       | 0,00  | 0,00  |

| Lp. | Nazwa leku | J.m. | Zapotrzebowanie<br>od 01.01.2023<br>do 31.12.2023 | Cena jedn.<br>netto<br>(w zł) | Stawka<br>VAT (%) | Cena brutto<br>pełnopłatna | Cena brutto po<br>uwzględnieniu<br>refundacji | Wartość brutto<br>ilość x cena<br>(kol. 4 x kol. 8) |
|-----|------------|------|---|-------------------------------|-------------------|----------------------------|---|---|
| 1.  | 2.         | 3.   | 4.  | 5.                            | 6.                | 7.                         | 8.  | 9.  |
|     |            |      |   |                               |                   |                            | Suma:   | 0,00  |

Łączna wartość brutto : ..... zł, słownie (.....)

....., dnia ..... r.  
 .....  
 /czytelny podpis osoby zgodnie  
 z zaświadczeniem o wpisie do ewidencji  
 działalności gospodarczej lub imienna pieczęćka/