

SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Świnoujście, 26/10/2017 r.

Znak sprawy: ZP/12/2017

**Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.**
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście
(zampub@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.:

Dostawa leków, wyrobów medycznych i art. spożywczych dla Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (*tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 1579*) zawiadamia się, że w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

Załącznik nr 4 do SIWZ

UMOWA

dostawy nr/Lek/2017

zawarta w dniu pomiędzy:

Szpitalem Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu, (72-600 Świnoujście), ul. Mieszka I 7, zarejestrowanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod nr 000000018145 oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym – rejestrze prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Szczecin-Centrum w Szczecinie – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS0000490038, NIP: 855—158-34-67, zwanym w treści umowy „**Szpitałem**”, reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu – Dorotę Konkolewską
a

.....
zwanym w treści umowy „**Dostawcą**”
reprezentowanym przez:

.....
Niniejszą umowę zawarto w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych (zwanych dalej *przedmiotem dostawy lub produktami*) na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tj.: Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.)

§ 1 Przedmiot zamówienia

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać bezpośrednio do Działu Farmacji Szpitala mieszczącego się w Świnoujściu, przy ul. Mieszka I 7, a Szpital zobowiązuje się do odbioru przedmiotu dostawy szczegółowo określonego co do asortymentu w specyfikacji zapotrzebowania stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej umowy - dotyczącej części (-ów) nr oraz w ilościach określonych w zamówieniach szczegółowych składanych przez Szpital.
2. Dostawca dostarczać będzie przedmiot dostawy w następujących terminach:
 - a) do 24 godzin od złożenia zamówienia, do godziny 13:00.
 - b) na CITO w terminie do 12 godz. od złożenia zamówienia.
3. Szpital będzie składał zamówienia Dostawy do godz. 13:00. Jeżeli dostawa przypadać będzie na dzień wolny od pracy lub w sobotę dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu wolnym.
4. Ilości wskazane w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy – zostały podane orientacyjnie i mogą ulec zmianie w zależności od rzeczywistych potrzeb Szpitala. Ilości zostały podane jedynie by ułatwić sporządzenie i skalkulowanie oferty. W trakcie

realizacji niniejszej umowy Szpital zastrzega sobie prawo do zmiany zamawianych ilości w poszczególnych pozycjach części, poprzez ich zwiększenie lub zmniejszenie w ramach danego części, z tym jednak zastrzeżeniem, że nie zostanie przekroczona ogólna wartość danej części wynikająca z oferty cenowej Dostawcy oraz stanowiąca wartość umowy. Z tytułu zamówienia produktów w mniejszej ilości niż wskazana w załączniku 1, Dostawcy nie przysługuje żądanie zapłaty wynagrodzenia przewyższającego wynagrodzenie za faktycznie zamówione produkty ani żadna forma odszkodowania.

§ 2 Realizacja przedmiotu umowy

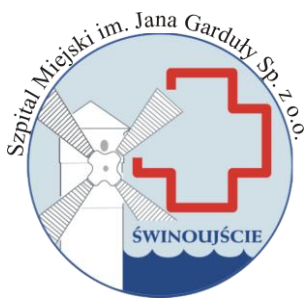
1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy na własny koszt i ryzyko, zgodnie z zamówieniami szczegółowymi. Szpital zobowiązuje się składać Dostawcy zamówienie szczegółowe w formie pisemnej, faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej. Dostawca potwierdzi odbiór zamówienia faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej niezwłocznie po jego otrzymaniu.
2. Dostawca zapewnia realizację dostaw poszczególnych partii przedmiotu dostawy w oryginalnych opakowaniach wraz z ulotkami, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz własnym transportem gwarantując należyte zabezpieczenie przedmiotu dostawy przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp. Transport przedmiotu dostawy będzie odpowiadał wymaganiom przewidzianym w obowiązujących przepisach i będzie dostosowany do właściwości przedmiotu dostawy.
3. W przypadku braku przedmiotu dostawy z przyczyn niezależnych od Dostawcy, Dostawca dostarczy Szpitalowi przedmiot dostawy równoważny, w cenie określonej w niniejszej umowie, po uprzedniej akceptacji Szpitala.
4. Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy należytej jakości określonej w odrębnych przepisach. Przedmiot dostawy winien posiadać świadectwo rejestracji, które zostanie okazane Zamawiającemu na każde wezwanie, w terminie 3 dni od wezwania.
5. Termin używalności przedmiotu dostawy nie będzie krótszy niż 8 miesięcy od daty dostawy i zostanie określony na pojedynczych opakowaniach.
6. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy zamówieniem szczegółowym, a dokonaną dostawą, Szpital zgłosi ten fakt Dostawcy w ciągu 7 dni od dnia odbioru przedmiotu dostawy, chyba, że stwierdzenie rozbieżności w tym terminie będzie niemożliwe lub utrudnione, także ze względu na niekorzystanie z przedmiotu dostawy. Inne zauważone wady Szpital zobowiązany jest zgłosić niezwłocznie po ich wykryciu.
7. Termin rozpatrzenia reklamacji wynosi 3 dni od dnia otrzymania przez Dostawcę pisemnego lub wysłanego za pośrednictwem poczty elektronicznej zawiadomienia przez Szpital o wystąpieniu wad. Brak stanowiska w tym terminie uznaje się za pozytywne rozpatrzenie reklamacji. W terminie rozpatrzenia reklamacji, Dostawca dostarczy Zamawiającemu produkty wolne od wad.
8. Szpital zastrzega sobie prawo do korzystania z czasowych bądź okresowych promocji wprowadzanych przez producenta lub Dostawcę. Ewentualne obniżki cen nie stanowią zmiany postanowień niniejszej umowy i nie wymagają zawarcia odrębnego aneksu.

§ 3 Wykonanie zastępcze

1. Jeżeli Dostawca nie wywiąże się terminowo z dostawy lub nie dostarczy produktów wolnych od wad, Szpitalowi przysługuje prawo odstąpienia od dostawy lub części dostawy niedoręczonej w terminie lub wadliwej i dokonania interwencyjnego zakupu u innego Dostawcy na koszt i ryzyko Dostawcy (koszt transportu, różnica w cenie), bez odrębnego wzywania.
2. Wydłużenie terminu realizacji poszczególnych zamówień jednostkowych (dostaw) może nastąpić wyłącznie w przypadku działania siły wyższej. W takim przypadku Dostawca niezwłocznie zawiadomi Szpital o powyższych okolicznościach pisemnie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej przedstawiając dowody potwierdzające zaistnienie powyższych okoliczności oraz wskaże proponowany termin dostawy. Nowy termin realizacji dostawy zostanie ustalony przez Strony umowy.

§ 4 Wynagrodzenie

1. Za dostawę poszczególnych partii przedmiotu dostawy, Szpital wypłaci Dostawcy wynagrodzenie wyliczone przez pomnożenie ceny jednostkowej poszczególnych produktów wymienionych w załączniku nr 1 do umowy przez ilość dostarczonych produktów danego rodzaju wynikających z zamówienia szczegółowego.
2. Strony przewidują, iż łączna wysokość wynagrodzenia za dostawy w okresie, na który została zawarta umowa dla części Nrwyniesie:
 - zł netto (słownie:...../100);
 - zł VAT (słownie:...../100);



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

.....zł brutto (słownie:...../100).

3. Ceny brutto są cenami ryczałtowymi i zawierają w sobie w szczególności także koszt transportu przedmiotu dostawy do siedziby Szpitala i podatek od towarów i usług.
4. Ostateczną wartość umowy określają zamówienia szczegółowe, składane przez Szpital w trakcie realizacji niniejszej umowy.
5. Zapłata należności za realizację poszczególnych partii przedmiotu dostawy wynikających z zamówienia szczegółowego nastąpi przelewem na rachunek Dostawcy wskazany w fakturze po doręczeniu zamówionych produktów, w terminie 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury Szpitalowi.
6. W przypadku realizacji kilku umów przez tego samego Dostawcę, pozycje dotyczące niniejszej umowy winny być fakturowane na oddzielnej fakturze.
7. Warunkiem zapłaty wynagrodzenia jest prawidłowo zrealizowany i odebrany przez Szpital bez zastrzeżeń przedmiot dostawy.
8. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Szpitala.

§ 5 Rozwiązanie, odstąpienie od umowy

1. Niezależnie od przepisów Kodeksu cywilnego, Szpital zastrzega sobie prawo do wypowiedzenia umowy w trybie natychmiastowym także w przypadku:
 - a) niewywiązania się przez Dostawcę z terminów realizacji zamówień lub doręczania produktów wolnych od wad;
 - b) dostarczenia przedmiotu dostawy złej jakości, nieodpowiadającej warunkom umowy;
 - c) dostarczania przedmiotu dostawy za pomocą transportu nie spełniającego wymogów przewidzianych przez odpowiednie przepisy;
 - d) nieprzedstawienia dowodu ubezpieczenia, zgodnie z § 6;
 - e) nieprzedstawienia dowodu rejestracji produktu w terminie;
 - f) innego istotnego naruszenia postanowień umowy.
2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Szpital może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 lub 2 Dostawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

§ 6 Polisa

1. Dostawca niniejszym oświadcza, że posiada aktualną (*tj. ważną przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy*) umowę ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej, związaną z wykonywaniem przedmiotu umowy na sumę gwarancyjną nie niższą niż
2. Dostawca zobowiązuje się do utrzymania umowy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w ust. 1 przez okres trwania niniejszej umowy i w odpowiednim terminie, przed upływem okresu ochrony ubezpieczeniowej, przedstawi nową aktualną umowę ubezpieczeniową wraz z dokumentem opłaty składki.
3. Na żądanie Zamawiającego, Dostawca w terminie 4 dni od wezwania przedstawi Zamawiającemu dowód zawarcia umowy ubezpieczenia wraz z dowodem zapłaty składki.

§ 7 Kary umowne

1. Dostawca zapłaci Szpitalowi karę umowną w przypadku:
 - a) opóźnienia w realizacji dostawy lub dostarczenia przedmiotu dostawy niezgodnie z zamówieniem lub produktu wolnego od wad - w wysokości 0,3% wartości brutto opóźnionej/niezgodnej z zamówieniem/wadliwej dostawy za każdy dzień opóźnienia, za każde opóźnienie lub za każdą niezgodną z zamówieniem dostawę; z tym że kara nie może przekroczyć 10 % wartości brutto opóźnionej/niezgodnej dostawy;
 - b) w razie niedostarczenia dostawy - w wysokości 10% umownej wartości brutto niedostarczonej części dostawy;
 - c) za wypowiedzenie/odstąpienie od umowy przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Dostawcy – w wysokości 5 % wartości umowy brutto, od której odstąpiono (*którą wypowiedziano*), przy przyjęciu przewidywanej ilości zamawianego przedmiotu umowy, zgodnie z Załącznikiem nr 1.

2. Jeżeli szkoda rzeczywista będzie wyższa niż kara umowna, Szpital będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywistej poniesionej szkody.

§ 8 Zmiany umowy

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
2. Zmiana umowy wymaga zgody Szpitala i może nastąpić tylko w następujących przypadkach:
 - a) jeżeli nastąpiła zmiana danych podmiotów zawierających umowę (np. w wyniku przekształceń, przejęć, itp.);
 - b) nastąpiła zmiana nazwy handlowej oferowanego przedmiotu zamówienia;
 - c) w przypadku zmiany w mieniu Szpitala, które skutkować będą koniecznością skorygowania załączników do SIWZ lub zapisów umowy;
 - d) nastąpił brak produktów stanowiących przedmiot dostawy na rynku z przyczyn niezależnych od Dostawcy (*np. wycofanie z rynku, zaprzestanie produkcji*) – istnieje możliwość zastąpienia produktem o tym samym zastosowaniu, produktem równoważnym, ale przy cenie nie wyższej niż określona w umowie,
 - e) w przypadku zmiany ilości sztuk w opakowaniu (*zmiana konfekcjonowania*) – nastąpi przeliczenie ilości sztuk na odpowiednią ilość opakowań,
 - f) zmiana ceny (*zarówno w górę jak i w dół*) dopuszczalna jest w przypadku:
 - zmiany stawki podatku VAT – cena netto nie ulegnie zmianie, nastąpi jedynie zmiana ceny brutto;
 - zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, tj. będą dotyczyły osób wykonujących przedmiot umowy. Warunkiem dokonania zmiany umowy jest wykazanie przez Wykonawcę wpływu zmiany na wzrost kosztów, poparte odpowiednimi dokumentami i kalkulacją;
 - zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, tj. będą dotyczyły osób wykonujących przedmiot umowy. Warunkiem dokonania zmiany umowy jest wykazanie przez Wykonawcę wpływu zmiany na wzrost kosztów, poparte odpowiednimi dokumentami i kalkulacją;
 - g) zmiany spowodowane udzieleniem przez Wykonawcę upustów promocyjnych;
 - h) w nieprzewidzianych przypadkach braku objętego umową przedmiotu zamówienia u danego producenta dopuszcza się za zgodą Szpitala sprzedaż odpowiednika po cenie nie wyższej niż cena zawarta w umowie. Zamiennik będzie charakteryzował się właściwościami nie gorszymi niż oferowany produkt;
 - i) w przypadku wygaśnięcia pozwolenia na sprzedaż lub wycofanie leku, wyrobu medycznego z produkcji, na inny o tych samych parametrach i cenie;
 - j) wprowadzenia tańszego zamiennika o takich samych parametrach i niższej cenie.

§ 9 Termin obowiązywania umowy

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia r. do dnia 31/12/2018 r.

§ 10 Inne postanowienia

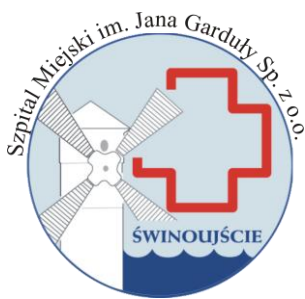
1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym ze strony Wykonawcy jest:.....
2. Osobą uprawnioną do kontaktu z Wykonawcą ze strony Zamawiającego jest:.....
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych i kodeksu cywilnego.
4. Spory powstałe na tle umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Szpitala.
5. Dostawca zobowiązuje się nie przelewać na osobę trzecią wierzytelności przysługujących mu od Szpitala na podstawie niniejszej umowy bez jego pisemnej zgody pod rygorem nieważności.
6. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – jeden egzemplarz dla Dostawcy i dwa egzemplarze dla Szpitala.

Wykaz załączników:

1. Wykaz ilościowo-asortymentowo-cenowy przedmiotu zamówienia- Załącznik Nr 1 do SIWZ, części nr
2. Formularz ofertowy - Załącznik do SIWZ dla części Nr
3. SIWZ

SZPITAL

DOSTAWCA



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Zmienia się na:

Załącznik nr 4 do SIWZ

UMOWA

dostawy nr/Lek/2017

zawarta w dniu pomiędzy:

Szpitałem Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu, (72-600 Świnoujście), ul. Mieszka I 7, zarejestrowanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod nr 000000018145 oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym – rejestrze prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Szczecin-Centrum w Szczecinie – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS0000490038, NIP: 855—158-34-67, zwanym w treści umowy „**Szpitałem**”,

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu – Dorotę Konkolewską

a

.....
zwanym w treści umowy „**Dostawcą**”

reprezentowanym przez:

.....
Niniejszą umowę zawarto w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych (zwanych dalej przedmiotem dostawy lub produktami) na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.)

§ 1 Przedmiot zamówienia

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać bezpośrednio do Działu Farmacji Szpitala mieszczącego się w Świnoujściu, przy ul. Mieszka I 7, a Szpital zobowiązuje się do odbioru przedmiotu dostawy szczegółowo określonego co do asortymentu w specyfikacji zapotrzebowania stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej umowy - dotyczącej części (-ów) nr oraz w ilościach określonych w zamówieniach szczegółowych składanych przez Szpital.
2. Dostawca dostarczać będzie przedmiot dostawy w następujących terminach:
 - a) do 24 godzin od złożenia zamówienia, do godziny 13:00.
 - b) na CITO w terminie do 12 godz. od złożenia zamówienia.
3. Szpital będzie składał zamówienia Dostawy do godz. 13:00. Jeżeli dostawa przypadać będzie na dzień wolny od pracy lub w sobotę dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu wolnym.
4. Ilości wskazane w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy – zostały podane orientacyjnie i mogą ulec zmianie w zależności od rzeczywistych potrzeb Szpitala. Ilości zostały podane jedynie by ułatwić sporządzenie i skalkulowanie oferty. W trakcie realizacji niniejszej umowy Szpital zastrzega sobie prawo do zmiany zamawianych ilości w poszczególnych pozycjach części, poprzez ich zwiększenie lub zmniejszenie w ramach danego części, z tym jednak zastrzeżeniem, że nie zostanie przekroczona ogólna wartość danej części wynikająca z oferty cenowej Dostawcy oraz stanowiąca wartość umowy. Z tytułu zamówienia produktów w mniejszej ilości niż wskazana w załączniku 1, Dostawcy nie przysługuje żądanie zapłaty wynagrodzenia przewyższającego wynagrodzenie za faktycznie zamówione produkty ani żadna forma odszkodowania.

§ 2 Realizacja przedmiotu umowy

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy na własny koszt i ryzyko, zgodnie z zamówieniami szczegółowymi.. Szpital zobowiązuje się składać Dostawcy zamówienie szczegółowe w formie pisemnej, faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej. Dostawca potwierdzi odbiór zamówienia faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej niezwłocznie po jego otrzymaniu.
2. Dostawca zapewnia realizację dostaw poszczególnych partii przedmiotu dostawy w oryginalnych opakowaniach wraz z ulotkami, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz własnym transportem gwarantując należyte zabezpieczenie przedmiotu dostawy przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp. Transport przedmiotu dostawy będzie

odpowiadał wymaganiom przewidzianym w obowiązujących przepisach i będzie dostosowany do właściwości przedmiotu dostawy.

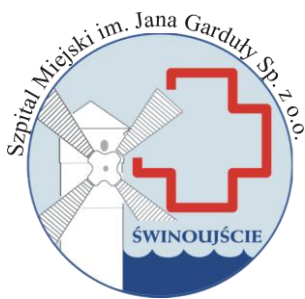
3. W przypadku braku przedmiotu dostawy z przyczyn niezależnych od Dostawcy, Dostawca dostarczy Szpitalowi przedmiot dostawy równoważny, w cenie określonej w niniejszej umowie, po uprzedniej akceptacji Szpitala.
4. Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy należytej jakości określonej w odrębnych przepisach. Przedmiot dostawy winien posiadać świadectwo rejestracji, które zostanie okazane Zamawiającemu na każde wezwanie, w terminie 3 dni od wezwania.
5. Termin używalności przedmiotu dostawy nie będzie krótszy niż 8 miesięcy od daty dostawy i zostanie określony na pojedynczych opakowaniach.
6. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy zamówieniem szczegółowym, a dokonaną dostawą, Szpital zgłosi ten fakt Dostawcy w ciągu 7 dni od dnia odbioru przedmiotu dostawy, chyba, że stwierdzenie rozbieżności w tym terminie będzie niemożliwe lub utrudnione, także ze względu na niekorzystanie z przedmiotu dostawy. Inne zauważone wady Szpital zobowiązany jest zgłosić niezwłocznie po ich wykryciu.
7. Termin rozpatrzenia reklamacji wynosi 3 dni od dnia otrzymania przez Dostawcę pisemnego lub wysłanego za pośrednictwem poczty elektronicznej zawiadomienia przez Szpital o wystąpieniu wad. Brak stanowiska w tym terminie uznaje się za pozytywne rozpatrzenie reklamacji. W terminie rozpatrzenia reklamacji, Dostawca dostarczy Zamawiającemu produkty wolne od wad.
8. Szpital zastrzega sobie prawo do korzystania z czasowych bądź okresowych promocji wprowadzanych przez producenta lub Dostawcę. Ewentualne obniżki cen nie stanowią zmiany postanowień niniejszej umowy i nie wymagają zawarcia odrębnego aneksu.

§ 3 Wykonanie zastępcze

1. Jeżeli Dostawca nie wywiąże się terminowo z dostawy lub nie dostarczy produktów wolnych od wad, Szpitalowi przysługuje prawo odstąpienia od dostawy lub części dostawy niedoręczonej w terminie lub wadliwej i dokonania interwencyjnego zakupu u innego Dostawcy na koszt i ryzyko Dostawcy (koszt transportu, różnica w cenie), bez odrębnego wzywania.
2. Wydłużenie terminu realizacji poszczególnych zamówień jednostkowych (dostaw) może nastąpić wyłącznie w przypadku działania siły wyższej. W takim przypadku Dostawca niezwłocznie zawiadomi Szpital o powyższych okolicznościach pisemnie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej przedstawiając dowody potwierdzające zaistnienie powyższych okoliczności oraz wskaże proponowany termin dostawy. Nowy termin realizacji dostawy zostanie ustalony przez Strony umowy.

§ 4 Wynagrodzenie

1. Za dostawę poszczególnych partii przedmiotu dostawy, Szpital wypłaci Dostawcy wynagrodzenie wyliczone przez przemnożenie ceny jednostkowej poszczególnych produktów wymienionych w załączniku nr 1 do umowy przez ilość dostarczonych produktów danego rodzaju wynikających z zamówienia szczegółowego.
2. Strony przewidują, iż łączna wysokość wynagrodzenia za dostawy w okresie, na który została zawarta umowa dla części Nrwyniesie:
 - zł netto (słownie:...../100);
 - zł VAT (słownie:...../100);
 -zł brutto (słownie:...../100).
3. Ceny brutto są cenami ryczałtowymi i zawierają w sobie w szczególności także koszt transportu przedmiotu dostawy do siedziby Szpitala i podatek od towarów i usług.
4. Ostateczną wartość umowy określają zamówienia szczegółowe, składane przez Szpital w trakcie realizacji niniejszej umowy.
5. Zapłata należności za realizację poszczególnych partii przedmiotu dostawy wynikających z zamówienia szczegółowego nastąpi przelewem na rachunek Dostawcy wskazany w fakturze po doręczeniu zamówionych produktów, w terminie 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury Szpitalowi.
6. W przypadku realizacji kilku umów przez tego samego Dostawcę, pozycje dotyczące niniejszej umowy winny być fakturowane na oddzielnej fakturze.
7. Warunkiem zapłaty wynagrodzenia jest prawidłowo zrealizowany i odebrany przez Szpital bez zastrzeżeń przedmiot dostawy.
8. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Szpitala.



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

§ 5 Rozwiązanie, odstąpienie od umowy

- Niezależnie od przepisów Kodeksu cywilnego, Szpital zastrzega sobie prawo do wypowiedzenia umowy w trybie natychmiastowym także w przypadku:
 - niewywiązania się przez Dostawcę z terminów realizacji zamówień lub doręczania produktów wolnych od wad;
 - dostarczenia przedmiotu dostawy złej jakości, nieodpowiadającej warunkom umowy;
 - dostarczania przedmiotu dostawy za pomocą transportu nie spełniającego wymogów przewidzianych przez odpowiednie przepisy;
 - nieprzedstawienia dowodu ubezpieczenia, zgodnie z § 6;
 - nieprzedstawienia dowodu rejestracji produktu w terminie;
 - innego istotnego naruszenia postanowień umowy.
- W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Szpital może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 1 lub 2 Dostawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

§ 6 Polisa

- Dostawca niniejszym oświadcza, że posiada aktualną (*tj. ważną przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy*) umowę ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej, związaną z wykonywaniem przedmiotu umowy na sumę gwarancyjną nie niższą niż
- Dostawca zobowiązuje się do utrzymania umowy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w ust. 1 przez okres trwania niniejszej umowy i w odpowiednim terminie, przed upływem okresu ochrony ubezpieczeniowej, przedstawi nową aktualną umowę ubezpieczeniową wraz z dokumentem opłaty składki.
- Na żądanie Zamawiającego, Dostawca w terminie 4 dni od wezwania przedstawi Zamawiającemu dowód zawarcia umowy ubezpieczenia wraz z dowodem zapłaty składki.

§ 7 Kary umowne

- Dostawca zapłaci Szpitalowi karę umowną w przypadku:
 - opóźnienia w realizacji dostawy lub dostarczenia przedmiotu dostawy niezgodnie z zamówieniem lub produktu wolnego od wad - w wysokości 0,3% wartości brutto opóźnionej/niezgodnej z zamówieniem/wadliwej dostawy za każdy dzień opóźnienia, za każde opóźnienie lub za każdą niezgodną z zamówieniem dostawę; z tym że kara nie może przekroczyć 10 % wartości brutto opóźnionej/niezgodnej dostawy;
 - w razie niedostarczenia dostawy - w wysokości 10% umownej wartości brutto niedostarczonej części dostawy;
 - za wypowiedzenie/odstąpienie od umowy przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Dostawy – w wysokości 5 % wartości umowy brutto lub tej części, od której odstąpiono (*którą wypowiedziano*), przy przyjęciu przewidywanej ilości zamawianego przedmiotu umowy, zgodnie z Załącznikiem nr 1.
- Jeżeli szkoda rzeczywista będzie wyższa niż kara umowna, Szpital będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywistej poniesionej szkody.

§ 8 Zmiany umowy

- Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
- Zmiana umowy wymaga zgody Szpitala i może nastąpić tylko w następujących przypadkach:
 - jeżeli nastąpiła zmiana danych podmiotów zawierających umowę (np. w wyniku przekształceń, przejęć, itp.);
 - nastąpiła zmiana nazwy handlowej oferowanego przedmiotu zamówienia;
 - w przypadku zmiany w mieniu Szpitala, które skutkować będą koniecznością skorygowania załączników do SIWZ lub zapisów umowy;
 - nastąpił brak produktów stanowiących przedmiot dostawy na rynku z przyczyn niezależnych od Dostawcy (*np. wycofanie z rynku, zaprzestanie produkcji*) – istnieje możliwość zastąpienia produktem o tym samym zastosowaniu, produktem równoważnym, ale przy cenie nie wyższej niż określona w umowie,
 - w przypadku zmiany ilości sztuk w opakowaniu (*zmiana konfekcjonowania*) – nastąpi przeliczenie ilości sztuk na odpowiednią ilość opakowań,

- f) zmiana ceny (zarówno w górę jak i w dół) dopuszczalna jest w przypadku:
- zmiany stawki podatku VAT – cena netto nie ulegnie zmianie, nastąpi jedynie zmiana ceny brutto;
 - zmiany wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokości minimalnej stawki godzinowej, ustalonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, tj. będą dotyczyły osób wykonujących przedmiot umowy. Warunkiem dokonania zmiany umowy jest wykazanie przez Wykonawcę wpływu zmiany na wzrost kosztów, poparte odpowiednimi dokumentami i kalkulacją;
 - zmiany zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne - jeżeli zmiany te będą miały wpływ na koszty wykonania zamówienia przez Wykonawcę, tj. będą dotyczyły osób wykonujących przedmiot umowy. Warunkiem dokonania zmiany umowy jest wykazanie przez Wykonawcę wpływu zmiany na wzrost kosztów, poparte odpowiednimi dokumentami i kalkulacją;
- g) zmiany spowodowane udzieleniem przez Wykonawcę upustów promocyjnych;
- h) w nieprzewidzianych przypadkach braku objętego umową przedmiotu zamówienia u danego producenta dopuszcza się za zgodą Szpitala sprzedaż odpowiednika po cenie nie wyższej niż cena zawarta w umowie. Zamiennik będzie charakteryzował się właściwościami nie gorszymi niż oferowany produkt;
- i) w przypadku wygaśnięcia pozwolenia na sprzedaż lub wycofanie leku, wyrobu medycznego z produkcji, na inny o tych samych parametrach i cenie;
- j) wprowadzenia tańszego zamiennika o takich samych parametrach i niższej cenie.

§ 9 Termin obowiązywania umowy

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia r. do dnia 31/12/2018 r.

§ 10 Inne postanowienia

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym ze strony Wykonawcy jest:.....
2. Osobą uprawnioną do kontaktu z Wykonawcą ze strony Zamawiającego jest:.....
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych i kodeksu cywilnego.
4. Spory powstałe na tle umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Szpitala.
5. Dostawca zobowiązuje się nie przelewać na osobę trzecią wierzytelności przysługujących mu od Szpitala na podstawie niniejszej umowy bez jego pisemnej zgody pod rygorem nieważności.
6. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – jeden egzemplarz dla Dostawcy i dwa egzemplarze dla Szpitala.

Wykaz załączników:

4. Wykaz ilościowo-asortymentowo-cenowy przedmiotu zamówienia- Załącznik Nr 1 do SIWZ, części nr
5. Formularz ofertowy - Załącznik do SIWZ dla części Nr
6. SIWZ

SZPITAL

DOSTAWCA



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

Było:

Załącznik nr 1 do SIWZ.

PAKIET 1 -LEKI WYROBY MEDYCZNE ARTYKUŁY SPOŻYWCZE										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Nowa cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	ACENOCUMAROLUM 4MG X 60 TABL.		op.	9						
2	ACETAZOLAMIDUM 0.25G X 30 TABL.		op.	1						
3	ACICLOVIRUM TABL.POWL. 200MG X 30TABL.POWL.		op.	2						
4	ACICLOVIRUM TABL.POWL. 400MG X 30TABL.POWL.		op.	2						
5	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 75MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	10						
6	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 150MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	5						
7	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 300MG X 20 TABL.		op.	22						
8	ACIDUM FOLICUM 15MG X 30 TABL.		op.	4						
9	ACIDUM FOLICUM 5MG X 30 TABL.		op.	7						
10	ACIDUM ASCORBICUM 0,2G X 60 TABL.DRAŻ.		op.	14						
11	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 60 TABL.DRAŻ.*		op.	1						
	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 25 TABL.DRAŻ.*		op.	2						
<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>										
12	ACIDUM ASCORBICUM 0.5G/5ML X 10 AMP.		op.	58						
13	ACIDUM ASCORBICUM KROPLE 100MG/ML 40 ML		op.	2						

14	ACIDUM BORICUM R-R DO STOSÓW. NA SKÓRĘ 0.3G/1G 500G		op.	140						
15	ACIDUM URSODEOXYCHOLICUM 300MG X 50 KAPS.		op.	2						
16	ALAX X 20 TABL.DRAŻ.		op.	14						
17	ALBUMIN HUMAN 20% 100ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op.	450						
18	ALBUMIN HUMAN 20% 50ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op-	5						
19	ALLANTOINUM MASC 30G		op.	80						
20	ALLANTOINUM ZASYPKA 100G		op.	11						
21	ALLANTOINUM, DEXPANTHENOLUM KREM 35G		op.	25						
22	ALLOPURINOLUM 100MG X 50 TABL.		op.	13						
23	ALLOPURINOLUM 300MG X 30TABL.		op.	20						
24	ALPRAZOLAMUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	10						
25	ALTEPLASUM INJ.20MG + ROZP. 20ML		op.	10						
26	ALUMINII ACETOTARTRAS 1G X 6 TABL.		op.	2						
27	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 100ML PŁYN DO INHALACJI		op.	2						
28	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 50ML KROPLE		op.	2						
29	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 0.075G X 10 KAPS.O PRZEDŁ.UWALNIANIU		op.	50						
30	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX 10 AMP*.		op.	20						
	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX5AMP*		op.	40						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
31	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM SIR.15MG/5ML 120ML		op.	2						
32	AMIKACINUM 0.25G/2ML AMP.		op.	100						
33	AMIKACINUM 0.5G/2ML AMP.		op.	60						
34	AMIKACINUM 1G/4ML AMP.		op.	100						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

35	AMILORIDUM, HYDROCHLOROTHIAZIDUM 2,5MGX50TABL.		op.	15						
36	AMISULPRIDE 200MG X 30 TABL.		op.	1						
37	AMISULPRIDE 400MG X 30 TABL. POWL.		op.	1						
38	AMLODIPINUM 10 MG X 30 TABL.		op.	30						
39	AMLODIPINUM 5 MG X 30 TABL.		op.	40						
40	AMOXICILLINUM GRAN.500MG/5ML 60 ML		op.	10						
41	AMOXICILLINUM IG X 16 TABL.ROZPUSZCZALNYCH		op.	110						
42	AMPICILLINUM INJ.0.5G X 1 FIOŁ.		op.	20						
43	AMPICILLINUM INJ.IG X 1 FIOŁ.		op.	200						
44	AMPICILLINUM INJ.2G X 1 FIOŁ.		op.	120						
45	AMYLASUM, LIPASUM, PROTEASUM 25000J X20 KAPS.		op.	20						
46	ANIDULAFUNGINUM 100ML FIOŁKI ECALTA		op.	50						
47	ANTAZOLINI MESILAS 0.1G/2ML X 10 AMP.		op.	6						
48	ANTITOXINUM VIPERICUM 500J. 1 AMP.		op.	2						
49	AQUA PRO INJ.10MLX 100AMP.		op.	8						
50	AQUA PRO INJ.5MLX 100AMP		op.	5						
51	AQUA PRO INJ.250 ML		op.	500						
52	ARGENTI NITRAS 1% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 50SZT.PIPET		op.	5						
53	ARIPRAZOLUM 15MG X 28 TABL.		op.	1						
54	ARTEMISOL PŁYN 100ML		op.	30						
55	ASCORBIC ACID., RUTOSIDUM X 125 TABL. POWL.		op.	14						
56	ATORVASTATINUM 20MG X 28.- 30TABL. POWL.		op.	20						

57	ATORVASTATINUM 40MG X 28.- 30TABL. POWL.		op.	20						
58	ATROPINI SULFAS 0.5MG/ML X 10 AMP.		op.	100						
59	ATROPINI SULFAS 1 MG/ML X 10 AMP.		op.	10						
60	AZITHROMYCIN 500MG X 5 FIOL.SUBST.DO SPORZ.INFUZJI		op.	10						
61	AZITHROMYCINUM 200MG/5ML GRANULAT DO SPORZĄDZENIA ZAWIESINY 30ML			10						
62	BACLOFENUM 10MG X 50 TABL.		op.	2						
63	BARIUM SULPHURICUM 200ML R-R		op.	20						
64	BELLADONNAE EXTR.SICC.PAPAVERINI HYDR. X 10 CZOPKÓW		op.	50						
65	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 125 X 100 TABL.ROZP.		op.	2						
66	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 62,5 X 100 KAPS.		op.	2						
67	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM HBS 125MG X 100 KAPS.		op.	2						
68	BENZYLIS BENZOAS 120ML NP.:SKIN PROTECT		op.	30						
69	BENZYLPENICILLINUM KALICUM 1000 000 X 1 FIOŁ		op.	20						
70	BENZYLPENICILLINUM KALICUM 3 000 000 X 1 FIOŁ		op.	10						
71	BENZINUM FPV 1000 ML		op.	22						
72	BETAHISTINE 16MG X 60 TABL.		op.	10						
73	BETAMETHASONUM 4MG/ML X 1 AMP.		op.	600						
74	BETAXOLOLUM 20MG X 28TBL. POWL.		op.	5						
75	BIPEERIDEN HYDROCHLORIDE 2MG 50 TABL.		op.	1						
76	BISACODYLUM CZOPKI 0,01 G X 5 CZOPKÓW		op.	2						
77	BISMUTHI SUBGALLAS 5 G PROSZEK DO STOS. NA SKÓRĘ		op.	6						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

78	BISOPROLOL FUMARAS 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	70						
79	BROMOCRIPTINI MESILAS 2.5MG X 30 TABL.		op.	1						
80	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.25MG/1 ML X 20 POJ. A 2ML		op.	28						
81	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.5MG/1 ML X 20 POJ. A 2ML		op.	76						
82	BUPIVACAINUM 0,5% 20ML X 5 FIOL/NP. MARCAINE		op.	4						
83	BUPIVACAINUM 0,5% R-R DO WSTRZ. 4ML X 5AMP. AMPUŁKI PAKOWANE INDYWIDUALNIE W JAŁOWE BLISTRY MARCAIE SPINAL HEAVY		op.	125						
84	BUPIVACAINUM c. ADREN. 0,5% 20ML X 5 FIOL .NP .MARCAINE c.ADREN.		op.	2						
85	BUTAMIRATUM KROPLE 5MG/1 ML 20ML		op.	4						
86	BUTAMIRATUM SYROP 1.5MG/1ML 100ML		op.	2						
87	CALCIUM CHLORIDUM 10% X 10 AMP.		op.	670						
88	CALCU GLUBIONAS, CALCU LACTOBIONAS SIR.114MG Ca/5ML SMAK BANANOWY		op.	12						
89	CALCIUM GLUCONICUM X 50 TABL.		op.	2						
90	CALCIUM CARBONICUM 1000MG X100KAPS./0,4GCA2+		op.	4						
91	CAPTOPRILUM 12.5MG X 30 TABL.		op.	40						
92	CAPTOPRILUM 25MG X30 TABL.		op.	10						
93	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.		op.	18						

94	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	2						
95	CARBAMAZEPINUM 0,3G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	2						
96	CARBAMAZEPINUM 0,4G X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	2						
97	CARBETOCIN 100MCG/1 ML X 5AMP.		op.	4						
98	CARBO MEDICINALIS 200MG X 20 KAPS.		op.	60						
99	CARVEDILOLUM 12.5MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
100	CARVEDILOLUM 25MG X 30 TABL. POWL.		op.	2						
101	CARVEDILOLUM 6.25MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
102	CEFAZOLINUM INJ. 1G		op.	720						
103	CEFOTAXIMUM INJ. 1G		op.	1670						
104	CEFTAZIDIMUM INJ. 1G 1 FIOL.*		op.	70						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 1G 10 FIOL.*		op.	7						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
105	CEFTAZIDIMUM INJ. 2G 1 FIOL.*		op.	150						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 2G 10 BUT.*		op.	15						
	<i>*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
106	CEFTRIAXONUM INJ. 1G		op.	200						
107	CEFUROXIMUM 500MG X 10 TABL. POWL.		op.	110						
108	CEFUROXIMUM ZAW.250MG/5 ML 50ML		op.	18						
109	CEFUROXIMUM inj. 750MG		fiol.	100						
110	CEFUROXIMUM inj. 1,5G		fiol.	8000						
111	CEREBROLYSINUM 0,2152 G/1 ML 5 AMP. a 10ML		op.	50						
112	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM 10MG X 30 TABL. POWL.		op.	16						
113	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM KROPLE 1% 10MG/ML20ML ZYRTEC		op.	4						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

114	CHLORPROMAZINUM INJ.0.05G/2ML X 10 AMP.		op.	1						
115	CHOLRAMPHENICOLUM MASC 2% 5G		op.	60						
116	CHLORTALIDONUM 50MG X 20TABL.		op.	1						
117	CILAZAPRILUM 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
118	CILAZAPRILUM 5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
119	CINNARIZINUM 25MG X 50 TABL.		op.	2						
120	CIPROFLOXACINUM 2MG/1 ML 200ML		op.	3000						
121	CIPROFLOXACINUM 500MG X 10 TABL. POWL.		op.	90						
122	CISATRACURIUM INJ.5MG/2.5ML X 5 AMP.		op.	400						
123	CITALOPRAM 20MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
124	CLARITHROMYCINUM 0.25G X 14 TABL. POWL.		op.	3						
125	CLARITHROMYCINUM 0,5G X 14 TABL. POWL.		op.	80						
126	CLARITHROMYCINUM 0,5G PR.DO PRZYG.R-RU DO INF.FIOL		op.	600						
127	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 100 ML*		op.	6						
	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 60 ML*		op.	10						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
128	CLEMASTINI FUMARAS 1 MG X 30 TABL.		op.	3						
129	CLEMASTINI FUMARAS 2MG/2MLX 5 AMP.		op.	60						

130	CLINDAMYCINUM 0,3G X 16 KAPS.		op.	20						
131	CLINDAMYCINUM 0.6G/4ML X 5 FIOŁ LUB AMP.		op.	85						
132	CLONAZEPAMUM 2MG X 30 TABL.		op.	2						
133	CLONAZEPAMUM INJ. 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	10						
134	CLONIDINUM HYDROCHLORICUM 0.075MG X 50 TABL		op.	5						
135	CLOPIDOGRELUM 75MG X 28 TABL.POWL.		op.	10						
136	CLOTTRIMAZOLUM 0,1 G X 6 TABL.DOPOCH.		op.	70						
137	CLOTTRIMAZOLUM KREM 1% 20G		op.	15						
138	CLOXACILLINUM 1G FIOŁ		op.	50						
139	COAGULATION FACTOR VII LIOF. DO INJ. 2MG FIOŁ.+ROZP.		op.	1						
140	COLCHICI SEMENIS EXTACTUM SICCUM 0,5MG X 20 TABL.			4						
141	COLISTIMETHATUM NATRICUM 1 000 000J X 20 FIOŁ.		op.	25						
142	COLLAGENASUM MAŚĆ 1.2J/1G 20G		op.	15						
143	CYANOCOBALAMINUM 1000MCG/2ML X 5 AMP.		op.	5						
144	CYANOCOBALAMINUM 100MCG/1 MLX10 AMP.		op.	6						
145	DES Loratadinum 5mg tabletki Powlekane 30 szt.			15						
146	DESMOPRESSINUM 4MCG/1MLX 10 AMP.		op.	1						
147	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 4MG/1MLX10AMP.		op.	109						
148	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 8MG/2MLX10AMP.		op.	75						
149	DEXAMETHASONUM 1 MG X 20TBL.		op.	25						
150	DEKSMEDETOMIDYNUM H/CHLR. 0,1MG/1ML 4ML 4FIOŁ.		op.	18						
151	DEXPANTHENOLUM AER. 130G		op.	10						
152	DEXPANTHENOLUM GEL 10G DO OCZU		op.	30						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

153	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 250ML		op.	25						
154	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 500ML		op.	34						
155	DEXTROMETHORPHANI HYDROBROM. DEXPANTHENOLUM SYROP (0,015G+0,05G)/5ML 100ML		op.	2						
156	DIAZEPAMUM 10MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
157	DIAZEPAMUM 10MG 2ML X 50 AMP.		op.	14						
158	DIAZEPAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	10						
159	DIAZEPAMUM 5MG X 20 TABL. POWL.		op.	50						
160	DIAZEPAMUM 5MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
161	DICLOFENACUM DIETHYLAMMONIUM 10-11,6MG/G 100G		op.	50						
162	DICLOFENAC SODIUM MISOPROSTOL 50MG+200MCG X 20 TABL.		op.	10						
163	DIETA O PODWYŻSZONEJ ZAWARTOŚCI BIAŁKA, Z ARGININĄ BŁONNIKIEM, BEZGLUTENOWA 1000ML NP.; NUTRISON ADVANCED CUBISON		op.	10						
164	DIGOXINUM 0,1 MG X 30 TABL.		op.	15						
165	DIGOXINUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	15						
166	DIGOXINUM 0.5MG 2ML X 5 AMP.		op.	60						
167	DIHYDROCODEINI TARTRAS 0,06 G X 60 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	6						
168	DIMETHICONUM 50MG LUB SIMETICONUM 40MGX100 KAPS.		op.	26						

169	DIMETINDENI MALEAS KROPLE 20ML		op.	14						
170	DINOPROSTUM 5MG/1MLX 5 AMP.		op.	1						
171	DOPAMINI HYDROCHLORIDUM 0.2G/5ML X 10 AMP. 4%		op.	30						
172	DOXAZOSINUM 4MG X 30 TABL.		op.	25						
173	DOXYCYCLINE 100MG X 10 TABL./KAPS.		op.	35						
174	DOXYCYCLINE 20MG/ML 5ML X 10 FIOL.LUB AMP.			5						
175	DYDROGESTRONE 10MG X 20 TABL.		op.	1						
176	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 10X10X 1 SZT. GRANUFLEX		szt.	120						
177	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 20 X20 X 1 SZT. GRANUFLEX		szt.	4						
178	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA CIENKI 15 X15 X 1 SZT. GRANUFLEX		szt.	250						
179	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 10 X10 X 1 SZT. AOUACELL Ag EXTRA		szt.	250						
180	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 15X15 X 1 SZT. AOUACELL Ag EXTRA		szt.	100						
181	AOUACELL HYDROFIBRE 5CMX5CM		szt.	250						
182	EMULSJA DO KĄPIELI DO PIELĘGNACJI SKÓRY SUCHEJ, WRAŻLIWEJ, SKŁONNEJ DO PODRAŻNIEŃ I ALERGII 400ML ALLERCO		op.	3						
183	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 60 TABL.*		op.	10						
	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 30 TABL.*		op	20						
	<i>*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

184	EPHEDR.HYDR.THYMI EXTR., SAPONINUM SYROP 140G		op.	10						
185	EPHEDRINI HYDROCHLORIDUM 0.025G 1MLX 10 AMP.		op.	45						
186	EPINEPHRINUM0,1% 1MG1MLX 10 AMP.		op.	200						
187	ERYTHROMYCINUM INTRAVENOSUM 0,3G P.DO PRZYG.R-RU DO INF.		op.	100						
188	ERYTHROMYCIN MASC DO OCZU 0,5% 2MG/G 3,5G		op.	2						
189	ESOMEPRAZOLUM INJ.40MG X 10 FIOŁ.		op.	50						
190	ESTAZOLAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	120						
191	ESTRADIOLUM 2MG 28 TABL.POWL.		op.	2						
192	ESTRIOL KREM DOPOCHWOWY 1MG/G 25G +APLIKATOR		op.	2						
193	ETAMSYLATUM 0.25G X 30 TABL.		op.	25						
194	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX5AMP.		op.	9						
195	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX 50 AMP.		op.	35						
196	ETHANOLUM 70% 500ML		op.	36						
197	ETHYLIS CHLORIDUM AER.70G DO UŻ. ZEW.		op.	12						
198	ETOMIDATE INJ. 20MG/10ML X 5 AMP.*		op.	14						
	ETOMIDATE INJ. 20MG/1 OML X 10 AMP.*		op.	5						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
199	FAMOTIDINUM 20MG/5ML X 5 FIOŁ.		op.	50						
200	FENPIVERINIUM BROMIDE, METAMIZOLE SODIUM, PITOFENONE HYDROCHLORIDE 0,1MG+2,5G+10MG AMP. 5ML		op.	12						

	10AMP.									
201	FENTANYL SYST.TRANSDERM. 100MCG/H 5 PASTRÓW		op.	6						
202	FENTANYLUM 0,1 MG2ML X 50 AMP.		op.	32						
203	FENTANYLUM 0.5MG/1 OML X 50AMP.		op.	190						
204	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 25MCG/H X 5 PASTRÓW		op.	25						
205	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 50MCG/H X 5 PASTRÓW		op.	20						
206	FERII HYDROXYDUM POLYSOMALTOSUM SYROP50MG 100ML		op.	2						
207	FERRI HYDROXYDUM SACCHARUM 0,1 INJ.I.V.2MLX5AMP.		op.	8						
208	FERROSI SULFAS 80MG Fe2+ X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	37						
209	FERROUS GLUCONATE 23,2Fe2+ 50 DRAŻ. POWL.		op.	3						
210	FERRUM-ŻELAZO ELEMENTARNE W ZAWIESINIE 1MG/1ML DLA NOWORODKÓW (WCZEŚNIAKÓW), NIEMOWLĄT I DZIECI 50ML INNOFER BABY		op.	2						
211	FLUCONAZOLUM 150MG X 1 KAPS./TABL.		op.	90						
212	FLUCONAZOLUM I.V.200MG/100ML X 1FLAK.		op.	950						
213	FLUDROCORTISONUM, GRAMICIDINUM, NEOMYCINUM ZAW.DOOCZU 1 USZU 5ML		op.	25						
214	FLUMAZENIL 0,1MG/1ML 5ML 5AMP.		op.	2						
215	FLUPENTIXOL DECANOATE 20MG/ML X 1 AMP.		op.	1						
216	FRESUBIN PROTEIN POWDER 300G LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						
217	FURAGINUM 50MG X 30 TABL.		op.	86						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

218	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 5 AMP.		op.	8						
219	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 50 AMP.		op.	400						
220	FUROSEMIDUM 40MG X 30 TABL.		op.	140						
221	GABAPENTIN 300MG X 100KAPS.		op.	1						
222	GALANTAMINE HYDROBROMIDE 2.5MG/ML 10AMP 1 ML		op.	10						
223	GĄBKA Z FIBRYNOGENEM LUDZKIM I TROMBINĄ LUDZKĄ 3CM X 2,5CM TACHOSIL		szt	6						
224	GENTAMICINUM 0.04G/1 ML2MLX 10 AMP. I.M.IV.		op.	38						
225	GLICEROLUM 1G X 10 CZOPKÓW		op.	2						
226	GLICEROLUM 2G X 10 CZOPKÓW		op.	41						
227	GLICLAZIDE 60MG X 30 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	3						
228	GLIMEPIRIDIM 1MG TABL. 30TABL.		op.	1						
229	GLIMEPIRIDIM 2MG TABL. 30TABL.		op.	1						
230	GLINOKRZEMIAN PROSZEK DOSPORZ.ZAW.DOUST.3.76G X 30 SASZ. SMECTA		op.	8						
231	GLUCAGON H/CHLOR. IMG 1 FIOL.+ROZP.+1 STRZYK.		op.	1						
232	GLUCOSUM 20% 10 ML X 10 AMP.		op.	6						
233	GLUCOSUM 40% 10 ML X 10 AMP.		op.	1						
234	GLUCOSUM 10% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	120						
235	GLUCOSUM 5% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	300						
236	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%1:1 R-R 250MLOPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	50						

237	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%1:1 R-R 500MLOPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	200						
238	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%2:1 R-R 250MLOPAK.STOJĄCEZ PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	120						
239	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%2:1 R-R 500MLOPAK.STOJĄCEZ PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	50						
240	GLUCOSUM SUBST.75G		op.	60						
241	GLYCEROLI TRINITRAS AER. 0.4MG/DAWKĘ 200DAW.		op.	4						
242	GLYCEROLI TRINITRAS 10MG 10ML X 10 AMP*		op.	10						
	GLYCEROLI TRINITRAS 10MG 10ML X 50 AMP*		op.	2						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
243	HALOPERIDOLUM 1 MG X 40 TABL.		op.	5						
244	HALOPERIDOLUM 2MG/1 ML 100ML KROPLE		op.	6						
245	HALOPERIDOLUM 5MG/1 ML X 10 AMP.		op.	40						
246	HALOPERIDOLI DECANOAS 50MG AMP. 5 AMP		op.	1						
247	HEMORECTAL X 10 CZOP.		op.	13						
248	HEPARINUM NATRICUM 25000J.M./5ML X 10 FIOŁ.LUB AMP.		op.	25						
249	HEPARINUM NATRICUM 1000 j.m/g ŻEL 30G		op.	30						
250	HIPPOCASTANI CORTICIS, LIDOCAINI HYDROCHL. MAŚĆ DOODBYT. 30G		op.	2						
251	HYDROCHLOROTHIAZIDUM 12,5MGX30 TABL.		op.	12						
252	HYDROCORTISONUM 100MG X 5 FIOL.+ ROZP.		op.	492						
253	HYDROCORTISONUM 25MG X 5 FIOL.+ ROZP.		op.	6						
254	HYDROCORTISONUM KREM 1% 15G		op.	16						

268	IBUPROFENUM ZAW. 200MG/5ML 100ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	40						
269	IBUPROFENUM 200MG/X 60 TABL.POWL.		op.	14						
270	IMIPENEMUM, CILASTATINUM PR.DO P.R-RU DO INF. 0,5G+0,5G 120MLX 10 FIOŁ.		op.	130						
271	IMMUNOGLOB. HUMAŃ UM ANTY HBS 200J.M X 1 FIOŁ*		op.	10						
	IMMUNOGLOB. HUMAŃ UM ANTY HBS 180 J.MX1 FIOŁ*		op.	10						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
272	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WŁDOŻ. 1 G/10 ML		op.	4						
273	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WŁDOŻ. 5G/50 ML		op.	2						
274	INDAPAMIDUM 1,5MG X 30 TABL.O PRZEDŁ.UWALN.		op.	10						
275	INOSINUM PRANOBEXUM 50MG/ML 150ML		op.	2						
276	INOSINUM PRANOBEXUM 500MG 50TABL.		op.	2						
277	INSULINA ASPART 100J./ML 3ML 10FIOŁ.NOVORAPID		op.	30						
278	INSULIN HUMAN, ISOPHANE 100J./ML 3ML 10FIOŁ. INSULATARD		op.	20						
279	INSULINA ASPART /INSULINA ASPART KRYSTALIZOWANA Z PROTAMINĄ W STOSUNKU 30/70 100J./ML 3ML 10FIOŁ. NOWOMIX		op.	10						
280	INSULINA ASPART /INSULINA ASPART KRYSTALIZOWANA Z PROTAMINĄ W STOSUNKU 50/50 100J./ML 3ML 10FIOŁ. NOWOMIX		op.	1						
281	INSULINUM HUMANUM 40/60 (40%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 60%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						
282	INSULINUM HUMANUM 50/50 (50%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 50%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

283	INSULINUM HUMANUM NEUTRALIS ZAW.DO INJ. 100J.M./1 ML 5 WKŁ. A 3 ML		op.	10						
284	INSULINUM HUMANUM 30/70 (30%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 70%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	10						
285	INSULINUM HUMANUM ISOPHANUM ZAW. DO INJ. 100J.M./1ML5WKŁ.A3ML		op.	2						
286	IPRATROPII BROMIDUM R-R DO INH.20ML		op.	30						
287	IPRATROPII BROMIDUM, FENOTEROLI HYDROB. R-R DO INH.20ML		op.	180						
288	ISOFLURANUM PŁYN 250ML X 6 BUTELEK DO PAROWNIKÓW BĘDĄCYCH NA WYPOSAŻENIU SZPITALA/PAROWNIK O WLEWIE TYPU DRAGER FILL/		op.	2						
289	ISOSORBIDI MONONITRAS 50MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAŁ.		op.	2						
290	ISOSORBIDI MONONITRAS 75MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAŁ.		op.	2						
291	ITRACONAZOLE 100MG X 28 KAPS.		op.	3						
292	KALII CANRENOAS INJ.0.2G/1 OMLX10 AMP.		op.	20						
293	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX50 AMP.10ML *		op.	220						
	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX20 AMP.10ML *		op.	550						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
294	KALII CHLORIDUM 315MG JON KX 100 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*.		op.	60						
	KALII CHLORIDUM 315MG JON KX 50 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*		op.	120						

	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
295	KALII CHLORIDUM 391 MG JON KX 30 TABL.		op.	4						
296	KALIUM HYPERMANGANICUM 5G		op.	12						
297	KETAMINUM 500MG/10ML 5% X 5 FIOŁ.		op.	2						
298	KETOPROFENUM 100MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	180						
299	KETOPROFENUM 100MG/2ML X 10 AMP.DO STOSOW.DOM. 1 DOŻ.		op.	540						
300	KONCENTRAT EMULSJI-PREPARAT WITAMINOWY DO INFUZJI DLA DOROSŁYCH ZAWIERAJĄCY WITAMINY ROZPUSTCZALNE W TŁUSZCZACH /NP.:VITALIPID N ADULT X 10		op.	50						
301	LACIDIPINUM TABL. 4MG X 28 TABL.POWŁ.		op.	11						
302	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS FORTE PROSZEK DO PRZYGOT.ZAW.DOUST.X 10 FIOŁ.		op.	35						
303	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG 3 MILIARDY X 30 KAPS. NP: DICOFLOR 30 X 30 KAPS.		op.	320						
304	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG ATCC 53103 6 MILIARDÓW KROPLE 5ML FLORACTIN			15						
305	LACTULOSUM SYROP 2.5MG/5ML 150ML		op.	175						
306	LEVOFLOXACINUM 500MG 10 TABL		op.	10						
307	LEVOMEPROMAZINI HYDROMALEAS 25MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	1						
308	LE VOTHYROXIN U M NATRICUM 100MCG X 100 TABL.*		op.	10						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 100MCG X 50 TABL.*		op.	20						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
309	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 100 TABL.*		op.	10						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 50 TABL.*		op.	20						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

310	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 100 TABL*		op.	8						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 50 TABL*		op.	16						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
311	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 100 TABL*		op.	8						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 50 TABL*		op.	16						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
312	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/MX 10 AMP. 2ML		op.	80						
313	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/ML X 5 FIOL. 20 ML		op.	65						
314	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% 20MG/MLX5FIOL.20ML		op.	260						
315	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE AER.100MG/G 10% 38G		op.	9						
316	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% A 30G		op.	70						
317	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% U 30G		op.	300						
318	LIDOCAINUM PRYLOCAINUM KREM 5% 5G			6						
319	LINEZOLIDUM R-R DOWLEW.2MG/1 ML 300MLX 10 WORKÓW		op.	25						
320	LISINOPRILUM 10MG X 28TBL.		op.	14						
321	LOPERAMIDUM HYDROCHLORIDE 2MG X 30 TABL.		op.	80						
322	LORAZEPAMUM 2,5 MG X 25 DRAŻ.		op.	1						
323	MACROGOLUM Z KOMPONENTĄ ASKORBINOWĄ I ELEKTROLITAMI PROSZEK DO SPORZ. ROZTW. 100 g X 4 SASZ		op.	100						

324	MAGNESIUM HYDROASPART. PYRIDOXINI H/CHLOR.X 60 TABL.		op.	55						
325	MAGNESIUM SULFATE 20% 2G/10ML X 10 AMP.		op.	250						
326	MANNITOLUM 20% R-R 100ML SZKŁO		op.	2000						
327	MANNITOLUM 20% R-R 250ML SZKŁO		op.	400						
328	MEROPENEMUM 1G X 10 FIOL.S.SUCHA		op.	100						
329	MESALAZINE 500MG X 100 TABL.DOJELIT.		op.	3						
330	METAMIZOLUM NATRICUM 0,5G X 6 TABL.		op.	25						
331	METAMIZOLUM NATRICUM 0,5G/1ML 2ML X 5 AMP.			300						
332	METAMIZOLUM NATRICUM 2.5G/5ML X 5 AMP.		op.	300						
333	METFORMIN HYDROCHLORIDE 1000MG X 30 TABL. POWL.		op.	5						
334	METFORMIN HYDROCHLORIDE 500MG X 30 TABL. POWL.		op.	5						
335	METFORMINI H/CHLORIDUM 0.85G X 30 TABL. POWL.		op.	5						
336	METHOTREXATE 10MG/ML 1ML X 10AMP.			3						
337	METHYLDOPUM 0.25G X 50 TABL.		op.	2						
338	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX30 TABL.*		op.	8						
	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX50 TABL.*		op.	5						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
339	METHYLPREDNISOLONUM 4MG X 30 TABL.		op.	8						
340	METHYLPREDNISOLONI NATRII SUCCINAS 0,5G 1 FIOL. S.SUBS. +ROZP.		op.	40						
341	METHYLOSANILINI CHLORIDUM 1 % R- R WODNY 20G		op.	5						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

342	METOCLOPRAMIDUM HYDROCHLORIDUM 10MG/2MLX5AMP.		op.	950						
343	METOCLOPRAMIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	18						
344	METOPROLOL SUCCINATE 23.75MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	30						
345	METOPROLOL SUCCINATE 47.5MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	70						
346	METOPROLOL SUCCINATE 95MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	40						
347	METOPROLOLI TARTRAS 50MG X 30 TABL.		op.	6						
348	METOPROLOLI TARTRAS INJ.5MG/5ML X 5 AMP.		op.	142						
349	METRONIDAZOLUM 0.25G X 20 TABL.		op.	70						
350	METRONIDAZOLUM 0,5% 100ML		op.	4280						
351	METRONIDAZOLUM, CHLORO.UINALDOLUM (200MG+100MG) 10 TABL.DOPOCHWOWYCH		op.	10						
352	MIDAZOLAMUM 15MG/3ML 3ML X 5AMP*		op.	820						
	MIDAZOLAMUM 15 MG/3 ML 3ML X 10AMP*		op.	410						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
353	MIDAZOLAMUM 5MG/5MLX 10 AMP.		op.	46						
354	MIDAZOLAMUM 7.5MG X 10 TABL. POWL.		op.	60						
355	MIRTAZAPINE 45MG 30 TABL.U LEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ		op.	1						
356	MOLSIDOMINUM 4MG X 30 TABL.		op.	2						

357	MORPHINE SULPHATE 20MG X 60 TABL.POWL.		op.	3						
358	MORPHNUM 10MG/1 ML X 10 AMP.		op.	60						
359	MORPHINUM 20MG/1 ML X 10 AMP.		op.	90						
360	MULTWITAMIN X 50 TABL.		op.	5						
361	MUPIROCIN MAŚĆ DO NOSA 20MG/G 3G		op.	12						
362	MUPIROCIN KREMC 2% 15g		op.	7						
363	NALOXONI HYDROCHLORIDUM 0,4MG/MLX 10 AMP.		op.	70						
364	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 10 ML X 100 AMP.		op.	80						
365	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 5 ML X 100 AMP.		op.	2						
366	NATRII CHLORIDUM 10% R-R 10 ML X 100 AMP.		op.	30						
367	NATRII DIHYDROPHOSPHAS, NATRII HYDROPHOS 150ML PŁYN DOODBYT. 50 BUTELEK		op.	18						
368	NATRII GLYCEROPHOSPHAS HYDRICUS KONCENTRAT DO INF. 0,216G/1MLX 10 FIOL. 20 ML		op.	30						
369	NATRII HYDROCARBONAS 8,4% X 10 AMP. 20ML		op.	200						
370	NATRII TETRABORAS PŁYN 10G		op.	220						
371	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 300MG X 30 TABL.		op.	2						
372	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 500MG X 30 TABL.		op.	2						
373	NEBIVOLOL 5MG X 28 - 30 TABL		op.	5						
374	NEOMYCINI SULF. AER. 55ML		op.	20						
375	NEOMYCINI SULFAS UNG.OPHT. 0,5% 3G		op.	10						
376	NEOSTIGMINUM 0.5MG/1 MLX 10 AMP.		op.	60						
377	NICERGOLINE 30MG X 30 TABL. POWL.		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

378	NIEJONOWY ŚRODEK KONTRASTOWY ZAWIERAJĄCY 300 MG JODU/ML, op.10 FIOLEK50ML		op.	4						
379	NIFUROXAZIDUM 0,1GX24TABL. POWL.		op.	2						
380	NITRENDIPINUM 20MG X 30 TABL.		op.	1						
381	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	180						
382	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 ML 4ML 5 AMP.		op.	360						
383	NORFLOXACINUM 400MG X 20 TABL. POWL.		op.	4						
384	NYSTATINUM 100 000J. X 10 TABL.VAG.		op.	6						
385	NYSTATINUM 500 000J. X 16 DRAŻ.		op.	2						
386	NYSTATINUM SUSP.2 400 000 J.M/5G 24 ML		op.	15						
387	OLANZAPINUM SWIFT 20MG TABL.ULEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ X 28 TABL.		op.	1						
388	OLANZAPINUM 5MG X 30 TABL POWL.		op.	1						
389	OLANZAPINUM 10MG X 30 TABL POWL.		op.	2						
390	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 20 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	4						
	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 40 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	2						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
391	OMEPRAZOLUM 20MG X 28 KAPS.DOJEL.		op.	320						

392	OMEPRAZOLUM 40MG KAPS.DOJEL. X 28		op.	80						
393	ONDANSETRONUM 2MG/1 ML x 5 AMP. 4ML		op.	30						
394	OPATRUNEK HYDROŻELOWY SKŁADAJĄCY SIĘ Z 80% WODY, 15% GLIKOLU PROPYLENOWEGO, 5% PEKTYNY I KARBOKSYMETYLOCELULOZY SODU ŻEL 15G GRANUGEL		op.	10						
395	ORNITHINI ASPARTAS 0.5G/1 ML X 10 AMP. 10ML		op.	20						
396	ORNITHINI ASPARTAS 150MG CHOLINUM 35MG X 40TABL.		op.	100						
397	ORNITHINI ASPARTAS 500MG/5ML X 10 AMP.		op.	60						
398	OXYCODONE HYDROCHLORIDE 10MG/1ML 2ML 10AMP.		op.	10						
399	OXYCODONE HYDROCHLORIDE 10MG 60TABL.		op.	20						
400	OXYCODONE HYDROCHLORIDE NALOXONE HYDROCHLORIDE TABL.O PRZEDŁ.UWALNIANIU X 60TABL 10MG/5MG		op.	7						
401	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,01% KROPLE DLA NIEMOWŁĄT 5 ML/TYP U NASMN SOFT		op.	6						
402	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,025% AEROSOL DO NOSA 0.25MG/1 ML 10ML/TYPU NASMN		op.	4						
403	OXYTETRAC, POLYMYXINUM B, HYDROCORTISONUM ZAW.5ML		op.	15						
404	OXYTOCINUM 5J.M/1 MLX5 AMP.		op.	130						
405	PAPAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG/2ML X 10 AMP.		op.	46						
406	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 10 FIOL. LUB FLAK. 100ML*		op.	320						
	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 12 FLAK. 100ML*			266						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

407	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 10 FIOL. LUB FLAK. 50ML*		op.	6						
	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 12 FIOL. LUB FLAK. 50ML*		op-	5						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
408	PARACETAMOLUM 125MG X 10 CZOPKÓW		op.	6						
409	PARACETAMOLUM 250MG X 10 CZOP.		op.	10						
410	PARACETAMOLUM 500MG X 10 CZOP.		op.	6						
411	PARACETAMOLUM 500MG X 20TABL*.		op.	372						
	PARACETAMOLUM 500MG X 60TABL*.		op.	124						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
412	PARACETAMOLUM 80MG X 10 CZOP.		op.	5						
413	PARACETAMOLUM ZAW. 120MG/5ML 150G		op.	10						
414	PARACETAMOLUM ZAW. 250MG/5ML 100ML			10						
415	PARACETAMOLUM 100MG/1ML KROPLE OD 0-3 LAT Z ZABEZPIECZONYM KROPLOMIERZEM 60ML PEDICITAMOL		op.	10						
416	PARAFFINUM LIQUIDUM 800G		op.	50						
417	ONDANSETRONUM 4MG X 10 TABL.POWL.		op.	2						
418	PEFLOXACINUM 400MG X 10 TABL. POWL.		op.	10						
419	PEFLOXACINUM 400MG/5ML X 10 AMP.		op.	20						
420	PENTOXIFYLLINUM 300MG/15ML X 10 AMP.		op.	50						

421	PENTOXIFYLLINUM 400MG X 60TABL. POWL.		op.	1						
422	PERAZINUM 0.025G X 20 TABL.		op.	1						
423	PERAZINUM 0,1 G X .30TABL.		op.	1						
424	PERINDOPRILUM ARGININE 10MG X 30 TABL.POWL		op.	3						
425	PERINDOPRILUM ARGININE 5MG X 30 TABL.POWL		op.	3						
426	PETHIDINUM 100MG/2MLX 10 AMP.		op.	70						
427	PETHIDINUM 50MG/ML X 10 AMP.		op.	15						
428	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 CZOPKÓW		op.	9						
429	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 TABL.		op.	3						
430	PHENOBARBITALUM 100MG X 10 TABL.		op.	10						
431	PHENYLBUTAZONUM 0.25G X 5 CZOP.		op.	15						
432	PHENYLBUTAZONUM UNG.30G		op.	40						
433	PHYTOMENADIONUM 10MG/1MLX 10 AMP.		op.	90						
434	PIANKA DO OCZYSZCZANIA SKÓRY NIEPOWODUJĄCA PODRAŻNIEN SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH 400ML NP. TENA		op.	50						
435	PIRACETAMUM 1,2G X 60 TABL. POWL.		op.	30						
436	PIRACETAMUM 20% PŁYN DOUST. 150ML		op.	10						
437	PIRACETAMUM R-R DO WLEW.DOŻ. 12G/60ML		op.	400						
438	PŁYN INFUZYJNY- KONCENTRAT DIPEPTYDOWY 100ML/NP. :DIPEPTIVEN 0.2G/1ML 100ML		op.	400						
439	PŁYN UTRWALAJĄCY DO PRÓB CYTOLOGICZNYCH AEROZOL CYTOFIX		op.	20						
440	PŁYN ZAPOBIEGAJĄCY ODLEŻYNOM 500ML PINOL		op.	30						
441	POLYSTYRENE SULFONATE PROSZEK 1.42G Na/15G 454G		op.	1						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

442	POVIDONE-IODINE MASC DO STOS.ZEW 20 G		op.	43						
443	POVIDONE-IODINE R-R DO STOS.ZEW1000ML.		op.	12						
444	PREDNISONUM 10MG X 20 TABL.		op.	30						
445	PREDNISONUM 20MG X 20 TABL.		op.	35						
446	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL. PODJĘZYKOWE		op.	25						
447	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL.DOPOCHW.		op.	39						
448	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 25MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	8						
449	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	11						
450	PROMETHAZINI HYDROCHLORIDUM 10MG X 20 TABL.DRAŻ.		op.	19						
451	PROMETHAZINE H/CHLOR. 5MG/5ML SYROP 150ML		op.	2						
452	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 150MG X 20 TABL. POWL.		op.	40						
453	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 300MG X 20 TABL. POWL.		op.	10						
454	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 70MG/20MLX 5 AMP.		op.	9						
455	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	2						
456	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 1 MG/1 ML X 10 AMP.		op.	3						
457	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 40MG X 50 TABL.		op.	1						

458	PROTAMI NI SULFAS 0.05G/5ML INJ.		op.	1						
459	PYRANTEL 250MG/5ML KROPLE 15 ML		op.	1						
460	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 50 TABL.		op.	10						
461	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG/2MLX5AMP.		op.	2						
462	OUETIAPINE 25MG X 30 TABL.POWL.		op.	60						
463	OUETIAPINE 100MG X 60TABL.POWL.		op.	5						
464	OUETIAPINE 200MG X 60TABL.POWL.		op.	1						
465	RACECADOTRILUM 10MG GRANULAT DO SPORZĄDZANIA ZAWIESINY 16 SASZ.		op.	6						
466	RACECADOTRILUM 30MG GRANULAT DO SPORZĄDZANIA ZAWIESINY 16 SASZ.		op.	6						
467	RANITIDINUM 50MG/2ML X 5 AMP.		op.	5						
468	RIFAXIMINUM 200MG TABL .28		op.	6						
469	RISPERIDONUM 2MG X 20 TABL. POWL.		op.	1						
470	RISPERIDONUM 25MG AMP. MIKROKAPS. DO SPORZĄDZANIA ZAW.DO WSTRZYKIWAŃ		op.	1						
471	ROCURONII BROMIDUM 10MG/ML 5ML X 10 FIOL. LUB AMP.		op.	10						
472	ROPIVACAINUM HYDROCHLORIDUM 10MG/ML AMP.10ML 5AMP.		op.	2						
473	ROXITHROMYCINUM 50MG X 10 TABL.DO PRZYG. ZAW. DOUST.		op.	4						
474	ROXITHROMYCINUM 100MG X 10 TABL. POWL.		op.	4						
475	ROZTWÓR DO WLEWÓW DOŻYLNÝCH-EMULSJA ZAWIERAJĄCA OLEJ RYBI, FOSFOLIPIDY, GLICEROL 100ML/NP.: OMEGAVEN 100ML		op.	90						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

476	ROZTWÓR DO WLEWU DOŻYLNego ZAWIERAJĄCY 10% ROZTWÓR AMINOKWASÓW DO STOSOWANIA U DZIECI- WCZEŚNIKI 1 NOWORODKI, 100ML/NP.: PRIMENE/AMINOVEN INFANT 10% 100ML		op.	35						
477	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG X 20KAPS*		op.	30						
	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG X 10KAPS*		op.	60						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
478	SALBUTAMOL IMG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	10						
479	SALBUTAMOL 2MG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	40						
480	SALBUTAMOLUM 0.5MG/1 MLX 10AMP.		op.	7						
481	SEVOFLURANUM LUB RÓWNOWAŻNY-PŁYN DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO, 250ML		op.	8						
482	SIMETICONUM KROPLE 30ML DLA NIEMOWLĄT OD 28 DNIA ŻYCIA BOBOTIC		op.	8						
483	SIMWASTATINUM 20MG X 28 - 30 TABL. POWŁ.		op.	40						
484	SIMWASTATINUM 40MG X 28 - 30 TABL. POWŁ.		op.	18						
485	SMOCZEK NUTRITIA STANDARD NA BUTELKĘ X 1 SZT.		op.	30						
486	SOLCOSERYL MAŚĆ 5% 20G		op.	4						
487	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ. ORSALIT		op.	6						

488	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA BABY		op.	6						
489	SOLE REHYDRACYJNE DLA DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA CITRON		op.	6						
490	SOLUVIT N X 10 FIOŁ.		op.	50						
491	SOTALOLUM 80MG X 30 TABL.		op.	14						
492	SPIR.SKAZ.HIBITANEM 0,5% 1 L		op.	70						
493	SPIRAMYCINUM 3 000 000J.M. X 10 TABL. POWŁ.		op.	6						
494	SPIRONOLACTONUM 100MG X 20 TABL. POWŁ.		op.	20						
495	SPIRONOLACTONUM 25MG X 100 TABL.		op.	10						
496	SUDOCREM 250G		op.	20						
497	SULFACETAMIDUM NATRICUM 10% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 12 MINIMSOW		op.	8						
498	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 5ML X 10 AMP.		op.	50						
499	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 X 20 TABL. NP: BISEPTOL		op.	2						
500	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 960 X 10 TABL.NP: BISEPTOL		op.	20						
501	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM ZAW. 100ML		op.	4						
502	SULFASALAZINUM EN 500MG X 100 TABL.POWŁ.		op.	4						
503	SULFATHIAZOLUM ARGENTUM KREM 2% 40G		op.	50						
504	SULPIRIDUM 100MGX24TABL.LUB KAPS.		op.	3						
505	SULPIRIDUM 50MG X 24 TABL. LUB KAPS.		op.	6						
506	SUXAMETHONIUM CHLORIDE 0,2G X 10 FIOŁ.		op.	20						
507	SZAMPON P/WSZAWICY LECZNICZY LIKWIDUJĄCY WSZY I GNIDY 100 ML PARANIT		op.	33						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

508	TELMISARTAN 80MG X 28 TABL		op.	4						
509	TERLIPRESSINUM 1 MG/8.5ML X 5 AMP.		op.	10						
510	THEOPHYLLINE 20MG/ ML 10 ML X 5 AMP.		op.	600						
511	THEOPHYLLINUM 100MG X 30 TABL.		op.	15						
512	THEOPHYLLINUM 300MG X 50 TABL. POWŁ. O PRZEDŁ. UWAL.		op.	20						
513	THIAMAZOLUM 10MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	5						
514	THIAMAZOLUM 5MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	1						
515	THIAMINE HYDROCHLORIDE 25MG X 50 TABL.		op.	18						
516	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	10						
517	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 6 SUPP.		op.	20						
518	THIETHYLPE RAZINUM 0,5MG/ML 1ML X 5 AMP.		op.	30						
519	TINIDAZOLUM 0,5G X 4 TABL. POWŁ.		op.	1						
520	TORASEMIDE 5MG X 30 TABL.		op.	2						
521	TORASEMIDE 10MG X 30 TABL.		op.	2						
522	TORMENTILE PREPARAT ZŁOŻONY MAŚĆ 20 G lub RÓWNOWAŻNY		op.	44						
523	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 100MG/2MLX5AMP.		op.	300						
524	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG X 20 KAPS.		op.	33						
525	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG/MLX 5 AMP.		op.	174						
526	TRAMADOLUM 100 MG/ML KROPLE10ML		op.	3						

527	TRANDOLAPRILUM 0,5 MG X 28 KAPS.		op.	2						
528	TRIMEBUTINUM 100MG X 30 TABL.		op.	3						
529	TRIMEBUTINE MALEATE, GRANULAT DO SPORZĄDZENIA ZAWIESINY (7.87MG/G) 250ML		op.	6						
530	TROPICAMIDUM 0,5% KROPLE DO OCZU 2X 5 ML		op.	1						
531	URAPIDILUM 25MG/5ML X 5 AMP.		op.	50						
532	UROSEPTX 60 TABL.DRAŻ.		op.	6						
533	VALSARTAN 80MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
534	VALSARTAN 160MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
535	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM 0,5G X 1 FIOL.		op.	10						
536	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM IG X 1 FIOL.		op.	300						
537	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 120MGX40 TABL.POWL. 0 PRZEDŁ.UWALN.		op.	8						
538	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 40MG X 20 TABL. POWL.		op.	8						
539	VITAMINUM F MAŚĆ 0.2G/1G 30 G		op.	13						
540	WARFARINUM NATRICUM 3MG X 100 TABL.		op.	4						
541	WARFARINUM NATRICUM 5MG X 100 TABL.		op.	8						
542	WOREK DWUKOMOROWY ZAWIERAJĄCY: 10% R-R AMINOKWASÓW Z WAPNIEM 1 CYNKIEM ORAZ 40% R-R GLUKOZY Z ELEKTROLITAMI 1 FOSFORANAMI 1,5 L op. 4 WORKI /NP.: AMINOMIX 1 1500 ML		op.	30						
543	XYLOMETHAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,1% W BUTELCE Z DOZOWNIKIEM		op.	7						
544	ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 200MG/MLX 1 AMP		op.	1						
545	DIETA CZĄSTKOWA W PROSZKU BEZGLUTENOWA ZAWIERAJĄCA MALTODEKSTRYNY, MALTOZĘ, GLUKOZĘ 400G /NP.: FANTOMALT		op.	1						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

546	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNA NP.: BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY425G NUTRAMIGEN 2		op.	1						
547	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNA ALERGIĄ NP.: BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY OD 1 M- CA ŻYCIA425G NUTRAMIGEN 1		op.	1						
548	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO OD 1 M-CA ŻYCIA 450G/NP.: BEBILON PEPTI 1		op.	4						
549	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO POWYŻEJ 6 MCA ŻYCIA 450G/NP.: BEBILON PEPTI 2		op.	4						
550	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT NARAŻONYCH NA WYSTĄPIENIE ALERGII NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO 400G/NP.: NAN PRO HA 1		op.	18						
551	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAŃ 500G/NP.:NAN EXPERT*		op.	5						

	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAŃ 350G/NP.;NAN EXPERT AR*		op.	7						
	* Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
552	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z BANANAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	20						
553	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z MORELAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	16						
554	KASZKA RYŻOWA Z BANANAMI 180GPO 4 MIES.ŻYCIA /NA WODĘ/		op.	15						
555	KLEIK RYŻOWY 160G /PO 4 MIEŚ. ŻYCIA/		op.	30						
556	MLEKO DLA WCZEŚNIAKÓW, NIEMOWLĄT Z NISKĄ WAGĄ URODZEŃ IOWA400G/NP.: PRENAN		op.	5						
557	MLEKO POCZĄTKOWE DLA NIEMOWLĄT OD URODZENIA 350G/NP.: NAN PRO 1		op.	10						
558	MLEKO NASTĘPNE Z KLEIKIEM RYŻOWYM POWYŻEJ 6-GO M-CA ŻYCIA/NP.; BEBIKO 2R		op.	20						
559	ZUPKA JARZYNOWA /PO 4 MIES.ŻYCIA/ a 120- 130G		op.	60						
560	GĄBKA Z GARAMYCYNĄ 10CM X 10CM x 1 SZT.		szt.	10						
Razem										

PAKIET 3-LEKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Nowa cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	ACETYLCYSTEINUM 300MG/3ML X 5 AMP.		op.	300						
2	ACICLOVIRUM PRÓSZ. DO. R-RU INF.0.5G X 10 FIOŁ.		op.	2						
3	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 600MG INJ.DOŻ. 5 FIOŁ.		op.	150						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 600MG INJ.DOŻ. 1FIOL.			750						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
4	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1200MG INJ.DOŻ.5 FIOL.		op.	800						
	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1200MG INJ.DOŻ.1FIOL.			4000						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
5	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1G X 14 TABL. POWŁ.		op.	75						
6	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM PRO SUSP.457MG/5ML 70ML		op.	14						
7	DICLOFENACUM 50MG X 50 TABL.		op.	2						
8	DICLOFENACUM AMP. 75MG/3ML X 10 AMP		op.	130						
9	DICLOFENACUM CZOPKI 0,1 G X 10		op.	450						
10	DICLOFENACUM CZOPKI 50MG X 10 CZOPKÓW		op.	30						
11	DOBUTAMINI HYDROCHLORIDUM 250MG/5ML INJ.X 1 FIOL.*		op.	1000						
	DOBUTAMINI HYDROCHLORIDUM 250MG/5ML INJ.X5AM P.*		op.	200						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
12	LEVOFLOXACINUM 500MG/100MLR-RDO INF.1FIOL.		op.	20						

13	PIPERACILLINUM NATR.TAZOBACTAMUM NATR.INJ.4,5GX10 FIOL.		op.	60						
14	PROPOFOLUM 1% 20MLX5 FIOL.		op.	1100						
15	VORICONAZOLUM 200MG X 1 FIOL.		op.	100						
Razem										

PAKIEŃ 11- WYROBY MEDYCZNE

Lp.	Nazwa	Nazwa handlowa	J.m.	Ilość opakowań	Nowa cena netto	VAT	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	PASKI TEST DO POMIARU POZIOMU GLUKOZY TYPU iXell. MINIMALNE WYMAGANIA: AUTOKODOWANIE, BEZ CZIPÓW I RĘCZNEGO SPRAWDZANIA KODÓW, TEMP. PRZECHOWYWANIA PASKÓW W ZAKRESIE TEMPERATURY 4 °C – POWYŻEJ 39,9 °C AUTOMATYCZNY WYRZUT PASKÓW, KAPILARA ZASYSAJĄCA NA SZCZYCIE PASKA. CERTYFIKAT SPEŁNIANIA NORMY EN ISO 15197:2015 W ZAKRESIE PRECYZJI I DOKŁADNOŚCI Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia Zamawiającego w 50 szt gleukometrów wg. bieżących zamówień		op.	380						
Razem:										



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

Zmienia się na:

Załącznik nr 1 do siwz.

PAKIET 1 -LEKI WYROBY MEDYCZNE ARTYKUŁY SPOŻYWCZE										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Nowa cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	ACENOCUMAROLUM 4MG X 60 TABL.		op.	9						
2	ACETAZOLAMIDUM 0.25G X 30 TABL.		op.	1						
3	ACICLOVIRUM TABL.POWL. 200MG X 30TABL.POWL.		op.	2						
4	ACICLOVIRUM TABL.POWL. 400MG X 30TABL.POWL.		op.	2						
5	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 75MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	10						
6	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 150MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	5						
7	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 300MG X 20 TABL.		op.	22						
8	ACIDUM FOLICUM 15MG X 30 TABL.		op.	4						
9	ACIDUM FOLICUM 5MG X 30 TABL.		op.	7						
10	ACIDUM ASCORBICUM 0,2G X 60 TABL.DRAŻ.		op.	14						
11	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 60 TABL.DRAŻ.*		op.	1						
	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 25 TABL.DRAŻ.*		op.	2						
<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>										
12	ACIDUM ASCORBICUM 0.5G/5ML X 10 AMP.		op.	58						
13	ACIDUM ASCORBICUM KROPLE 100MG/ML 40 ML		op.	2						

14	ACIDUM BORICUM R-R DO STOSÓW. NA SKÓRĘ 0.3G/1G 500G		op.	140						
15	ACIDUM URSODEOXYCHOLICUM 300MG X 50 KAPS.		op.	2						
16	ALAX X 20 TABL.DRAŻ.		op.	14						
17	ALBUMIN HUMAN 20% 100ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op.	450						
18	ALBUMIN HUMAN 20% 50ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op-	5						
19	ALLANTOINUM MASC 30G		op.	80						
20	ALLANTOINUM ZASYPKA 100G		op.	11						
21	ALLANTOINUM, DEXPANTHENOLUM KREM 35G		op.	25						
22	ALLOPURINOLUM 100MG X 50 TABL.		op.	13						
23	ALLOPURINOLUM 300MG X 30TABL.		op.	20						
24	ALPRAZOLAMUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	10						
25	ALTEPLASUM INJ.20MG + ROZP. 20ML		op.	10						
26	ALUMINII ACETOTARTRAS 1G X 6 TABL.		op.	2						
27	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 100ML PŁYN DO INHALACJI		op.	2						
28	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 50ML KROPLE		op.	2						
29	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 0.075G X 10 KAPS.O PRZEDŁ.UWALNIANIU		op.	50						
30	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX 10 AMP*.		op.	20						
	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX5AMP*		op.	40						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
31	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM SIR.15MG/5ML 120ML		op.	2						
32	AMIKACINUM 0.25G/2ML AMP.		op.	100						
33	AMIKACINUM 0.5G/2ML AMP.		op.	60						
34	AMIKACINUM 1G/4ML AMP.		op.	100						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

35	AMILORIDUM, HYDROCHLOROTHIAZIDUM 2,5MGX50TABL.		op.	15						
36	AMISULPRIDE 200MG X 30 TABL.		op.	1						
37	AMISULPRIDE 400MG X 30 TABL. POWL.		op.	1						
38	AMLODIPINUM 10 MG X 30 TABL.		op.	30						
39	AMLODIPINUM 5 MG X 30 TABL.		op.	40						
40	AMOXICILLINUM GRAN.500MG/5ML 60 ML		op.	10						
41	AMOXICILLINUM IG X 16 TABL.ROZPUSZCZALNYCH		op.	110						
42	AMPICILLINUM INJ.0.5G X 1 FIOŁ.		op.	20						
43	AMPICILLINUM INJ.IG X 1 FIOŁ.		op.	200						
44	AMPICILLINUM INJ.2G X 1 FIOŁ.		op.	120						
45	AMYLASUM, LIPASUM, PROTEASUM 25000J X20 KAPS.		op.	20						
46	ANIDULAFUNGINUM 100ML FIOŁKI ECALTA		op.	50						
47	ANTAZOLINI MESILAS 0.1G/2ML X 10 AMP.		op.	6						
48	ANTITOXINUM VIPERICUM 500J. 1 AMP.		op.	2						
49	AQUA PRO INJ.10MLX 100AMP.		op.	8						
50	AQUA PRO INJ.5MLX 100AMP		op.	5						
51	AQUA PRO INJ.250 ML		op.	500						
52	ARGENTI NITRAS 1% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 50SZT.PIPET		op.	5						
53	ARIPRAZOLUM 15MG X 28 TABL.		op.	1						
54	ARTEMISOL PŁYN 100ML		op.	30						
55	ASCORBIC ACID., RUTOSIDUM X 125 TABL. POWL.		op.	14						
56	ATORVASTATINUM 20MG X 28.- 30TABL. POWL.		op.	20						

57	ATORVASTATINUM 40MG X 28.- 30TABL. POWL.		op.	20						
58	ATROPINI SULFAS 0.5MG/ML X 10 AMP.		op.	100						
59	ATROPINI SULFAS 1 MG/ML X 10 AMP.		op.	10						
60	AZITHROMYCIN 500MG X 5 FIOL.SUBST.DO SPORZ.INFUZJI		op.	10						
61	AZITHROMYCINUM 200MG/5ML GRANULAT DO SPORZĄDZENIA ZAWIESINY 30ML			10						
62	BACLOFENUM 10MG X 50 TABL.		op.	2						
63	BARIUM SULPHURICUM 200ML R-R		op.	20						
64	BELLADONNAE EXTR.SICC.PAPAVERINI HYDR. X 10 CZOPKÓW		op.	50						
65	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 125 X 100 TABL.ROZP.		op.	2						
66	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 62,5 X 100 KAPS.		op.	2						
67	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM HBS 125MG X 100 KAPS.		op.	2						
68	BENZYLIS BENZOAS 120ML NP.:SKIN PROTECT		op.	30						
69	BENZYLPENICILLINUM KALICUM 1000 000 X 1 FIOŁ		op.	20						
70	BENZYLPENICILLINUM KALICUM 3 000 000 X 1 FIOŁ		op.	10						
71	BENZINUM FPV 1000 ML		op.	22						
72	BETAHISTINE 16MG X 60 TABL.		op.	10						
73	BETAMETHASONUM 4MG/ML X 1 AMP.		op.	600						
74	BETAXOLOLUM 20MG X 28TBL. POWL.		op.	5						
75	BIPEERIDEN HYDROCHLORIDE 2MG 50 TABL.		op.	1						
76	BISACODYLUM CZOPKI 0,01 G X 5 CZOPKÓW		op.	2						
77	BISMUTHI SUBGALLAS 5 G PROSZEK DO STOS. NA SKÓRĘ		op.	6						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

78	BISOPROLOL FUMARAS 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	70						
79	BROMOCRIPTINI MESILAS 2.5MG X 30 TABL.		op.	1						
80	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.25MG/1 ML X 20 POJ/AMP. A 2ML		op.	28						
81	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.5MG/1 ML X 20 POJ/AMP. A 2 ML		op.	76						
82	BUPIVACAINUM 0,5% 20ML X 5 FIOL/NP. MARCAINE		op.	4						
83	BUPIVACAINUM 0,5% R-R DO WSTRZ. 4ML X 5AMP. AMPUŁKI PAKOWANE INDYWIDUALNIE W JAŁOWE BLISTRY MARCAIE SPINAL HEAVY		op.	125						
84	BUPIVACAINUM c. ADREN. 0,5% 20ML X 5 FIOL .NP .MARCAINE c.ADREN.		op.	2						
85	BUTAMIRATUM KROPLE 5MG/1 ML 20ML		op.	4						
86	BUTAMIRATUM SYROP 1.5MG/1ML 100ML		op.	2						
87	CALCIUM CHLORIDUM 10% X 10 AMP.		op.	670						
88	CALCU GLUBIONAS, CALCU LACTOBIONAS SIR.114MG Ca/5ML SMAK BANANOWY		op.	12						
89	CALCIUM GLUCONICUM X 50 TABL.		op.	2						
90	CALCIUM CARBONICUM 1000MG X100KAPS./0,4GCA2+		op.	4						
91	CAPTOPRILUM 12.5MG X 30 TABL.		op.	40						
92	CAPTOPRILUM 25MG X30 TABL.		op.	10						
93	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.		op.	18						

94	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	2						
95	CARBAMAZEPINUM 0,3G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	2						
96	CARBAMAZEPINUM 0,4G X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	2						
97	CARBETOCIN 100MCG/1 ML X 5 AMP/FIOL.		op.	4						
98	CARBO MEDICINALIS 200MG X 20 KAPS.		op.	60						
99	CARVEDILOLUM 12.5MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
100	CARVEDILOLUM 25MG X 30 TABL. POWL.		op.	2						
101	CARVEDILOLUM 6.25MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
102	CEFAZOLINUM INJ. 1G		op.	720						
103	CEFOTAXIMUM INJ. 1G		op.	1670						
104	CEFTAZIDIMUM INJ. 1 G 1 FIOL.*		op.	70						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 1 G 10 FIOL.*		op.	7						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
105	CEFTAZIDIMUM INJ. 2 G 1 FIOL.*		op.	150						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 2 G 10 FIOL.*		op.	15						
	<i>*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
106	CEFTRIAXONUM INJ. 1 G		op.	200						
107	CEFUROXIMUM 500 MG X 10 TABL. POWL.		op.	110						
108	CEFUROXIMUM ZAW.250MG/5 ML 50ML		op.	18						
109	CEFUROXIMUM inj. 750MG (INIEKCJA: DOMIĘŚNIOWA, DOŻYLNĄ, DO INFUZJI)		fiol.	100						
110	CEFUROXIMUM inj. 1,5G (INIEKCJA: DOMIĘŚNIOWA, DOŻYLNĄ, DO INFUZJI)		fiol.	8000						
111	CEREBROLYSINUM 0,2152 G/1 ML 5 AMP. a 10ML		op.	50						
112	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM 10MG X 30 TABL. POWL.		op.	16						
113	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM KROPLE 1% 10MG/ML20ML ZYRTEC		op.	4						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

114	CHLORPROMAZINUM INJ.0.05G/2ML X 10 AMP.		op.	1						
115	CHOLRAMPHENICOLUM MASC 2% 5G		op.	60						
116	CHLORTALIDONUM 50MG X 20TABL.		op.	1						
117	CILAZAPRILUM 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
118	CILAZAPRILUM 5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
119	CINNARIZINUM 25MG X 50 TABL.		op.	2						
120	CIPROFLOXACINUM 2MG/1 ML 200ML		op.	3000						
121	CIPROFLOXACINUM 500MG X 10 TABL. POWL.		op.	90						
122	CISATRACURIUM INJ.5MG/2.5ML X 5 AMP.		op.	400						
123	CITALOPRAM 20MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
124	CLARITHROMYCINUM 0.25G X 14 TABL. POWL.		op.	3						
125	CLARITHROMYCINUM 0,5G X 14 TABL. POWL.		op.	80						
126	CLARITHROMYCINUM 0,5G PR.DO PRZYG.R-RU DO INF.FIOL		op.	600						
127	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 100 ML*		op.	6						
	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 60 ML*		op.	10						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
128	CLEMASTINI FUMARAS 1 MG X 30 TABL.		op.	3						
129	CLEMASTINI FUMARAS 2MG/2MLX 5 AMP.		op.	60						

130	CLINDAMYCINUM 0,3G X 16 KAPS.		op.	20						
131	CLINDAMYCINUM 0.6G/4ML X 5 FIOŁ LUB AMP.		op.	85						
132	CLONAZEPAMUM 2MG X 30 TABL.		op.	2						
133	CLONAZEPAMUM INJ. 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	10						
134	CLONIDINUM HYDROCHLORICUM 0.075MG X 50 TABL		op.	5						
135	CLOPIDOGRELUM 75MG X 28 TABL.POWL.		op.	10						
136	CLOTTRIMAZOLUM 0,1 G X 6 TABL.DOPOCH.		op.	70						
137	CLOTTRIMAZOLUM KREM 1% 20G		op.	15						
138	CLOXACILLINUM 1G FIOŁ		op.	50						
139	COAGULATION FACTOR VII LIOF. DO INJ. 2MG FIOŁ.+ROZP.		op.	1						
140	COLCHICI SEMENIS EXTACTUM SICCUM 0,5MG X 20 TABL.			4						
141	COLISTIMETHATUM NATRICUM 1 000 000J X 20 FIOŁ.		op.	25						
142	COLLAGENASUM MAŚĆ 1.2J/1G 20G		op.	15						
143	CYANOCOBALAMINUM 1000MCG/2ML X 5 AMP.		op.	5						
144	CYANOCOBALAMINUM 100MCG/1 MLX10 AMP.		op.	6						
145	DES Loratadinum 5mg tabletki Powlekane 30 szt.			15						
146	DESMOPRESSINUM 4MCG/1MLX 10 AMP.		op.	1						
147	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 4MG/1MLX10AMP.		op.	109						
148	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 8MG/2MLX10AMP.		op.	75						
149	DEXAMETHASONUM 1 MG X 20TBL.		op.	25						
150	DEKSMEDETOMIDYNUM H/CHLR. 0,1MG/1ML 4ML 4FIOŁ.		op.	18						
151	DEXPANTHENOLUM AER. 130G		op.	10						
152	DEXPANTHENOLUM GEL 10G DO OCZU		op.	30						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

153	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 250ML		op.	25						
154	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 500ML		op.	34						
155	DEXTROMETHORPHANI HYDROBROM. DEXPANTHENOLUM SYROP (0,015G+0,05G)/5ML 100ML		op.	2						
156	DIAZEPAMUM 10MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
157	DIAZEPAMUM 10MG 2ML X 50 AMP.		op.	14						
158	DIAZEPAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	10						
159	DIAZEPAMUM 5MG X 20 TABL. POWL.		op.	50						
160	DIAZEPAMUM 5MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
161	DICLOFENACUM DIETHYLAMMONIUM 10-11,6MG/G 100G		op.	50						
162	DICLOFENAC SODIUM MISOPROSTOL 50MG+200MCG X 20 TABL.		op.	10						
163	DIETA O PODWYŻSZONEJ ZAWARTOŚCI BIAŁKA, Z ARGININĄ I BŁONNIKIEM, BEZGLUTENOWA 1000ML NP.; NUTRISON ADVANCED CUBISON		op.	10						
164	DIGOXINUM 0,1 MG X 30 TABL.		op.	15						
165	DIGOXINUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	15						
166	DIGOXINUM 0.5MG 2ML X 5 AMP.		op.	60						
167	DIHYDROCODEINI TARTRAS 0,06 G X 60 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	6						
168	DIMETHICONUM 50MG LUB SIMETICONUM 40MGX100 KAPS.		op.	26						

169	DIMETINDENI MALEAS KROPLE 20ML		op.	14						
170	DINOPROSTUM 5MG/1MLX 5 AMP.		op.	1						
171	DOPAMINI HYDROCHLORIDUM 0.2G/5ML X 10 AMP. 4%		op.	30						
172	DOXAZOSINUM 4MG X 30 TABL.		op.	25						
173	DOXYCYCLINE 100MG X 10 TABL./KAPS.		op.	35						
174	DOXYCYCLINE 20MG/ML 5ML X 10 FIOL.LUB AMP.			5						
175	DYDROGESTRONE 10MG X 20 TABL.		op.	1						
176	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 10X10X 1 SZT. GRANUFLEX		szt.	120						
177	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 20 X20 X 1 SZT. GRANUFLEX		szt.	4						
178	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA CIENKI 15 X15 X 1 SZT. GRANUFLEX		szt.	250						
179	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 10 X10 X 1 SZT. AOUACELL Ag EXTRA		szt.	250						
180	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 15X15 X 1 SZT. AOUACELL Ag EXTRA		szt.	100						
181	AOUACELL HYDROFIBRE 5CMX5CM		szt.	250						
182	EMULSJA DO KĄPIELI DO PIELĘGNACJI SKÓRY SUCHEJ, WRAŻLIWEJ, SKŁONNEJ DO PODRAŻNIEŃ I ALERGII 400ML ALLERCO		op.	3						
183	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 60 TABL.*		op.	10						
	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 30 TABL.*		op	20						
	<i>*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

184	EPHEDR.HYDR.THYMI EXTR., SAPONINUM SYROP 140G		op.	10						
185	EPHEDRINI HYDROCHLORIDUM 0.025G 1MLX 10 AMP.		op.	45						
186	EPINEPHRINUM0,1% 1MG1MLX 10 AMP.		op.	200						
187	ERYTHROMYCINUM INTRAVENOSUM 0,3G P.DO PRZYG.R-RU DO INF.		op.	100						
188	ERYTHROMYCIN MASC DO OCZU 0,5% 2MG/G 3,5G		op.	2						
189	ESOMEPRAZOLUM INJ.40MG X 10 FIOŁ.		op.	50						
190	ESTAZOLAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	120						
191	ESTRADIOLUM 2MG 28 TABL.POWL.		op.	2						
192	ESTRIOL KREM DOPOCHWOWY 1MG/G 25G +APLIKATOR		op.	2						
193	ETAMSYLATUM 0.25G X 30 TABL.		op.	25						
194	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX5AMP.		op.	9						
195	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX 50 AMP.		op.	35						
196	ETHANOLUM 70% 500ML		op.	36						
197	ETHYLIS CHLORIDUM AER.70G DO UŻ. ZEW.		op.	12						
198	ETOMIDATE INJ. 20MG/10ML X 5 AMP.*		op.	14						
	ETOMIDATE INJ. 20MG/1 OML X 10 AMP.*		op.	5						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
199	FAMOTIDINUM 20MG/5ML X 5 FIOŁ.		op.	50						
200	FENPIVERINIUM BROMIDE, METAMIZOLE SODIUM, PITOFENONE HYDROCHLORIDE 0,1MG+2,5G+10MG AMP. 5ML		op.	12						

	10AMP.									
201	FENTANYL SYST.TRANSDERM. 100MCG/H 5 PLASTRÓW		op.	6						
202	FENTANYLUM 0,1 MG2ML X 50 AMP.		op.	32						
203	FENTANYLUM 0.5MG/1 OML X 50AMP.		op.	190						
204	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 25MCG/H X 5 PLASTRÓW		op.	25						
205	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 50MCG/H X 5 PLASTRÓW		op.	20						
206	FERII HYDROXYDUM POLYSOMALTOSUM SYROP50MG 100ML		op.	2						
207	FERRI HYDROXYDUM SACCHARUM 0,1 INJ.I.V.2ML X 5 AMP.		op.	8						
208	FERROSI SULFAS 80MG Fe2+ X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	37						
209	FERROUS GLUCONATE 23,2Fe2+ 50 DRAŻ. POWL.		op.	3						
210	FERRUM-ŻELAZO ELEMENTARNE W ZAWIESINIE 1MG/1ML DLA NOWORODKÓW (WCZEŚNIAKÓW), NIEMOWLĄT I DZIECI 50ML INNOFER BABY		op.	2						
211	FLUCONAZOLUM 150MG X 1 KAPS./TABL.		op.	90						
212	FLUCONAZOLUM I.V.200MG/100ML X 1FLAK.		op.	950						
213	FLUDROCORTISONUM, GRAMICIDINUM, NEOMYCINUM ZAW.DOOCZU 1 USZU 5ML		op.	25						
214	FLUMAZENIL 0,1MG/1ML 5ML 5AMP.		op.	2						
215	FLUPENTIXOL DECANOATE 20MG/ML X 1 AMP.		op.	1						
216	FRESUBIN PROTEIN POWDER 300G LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						
217	FURAGINUM 50MG X 30 TABL.		op.	86						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

218	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 5 AMP.		op.	8						
219	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 50 AMP.		op.	400						
220	FUROSEMIDUM 40MG X 30 TABL.		op.	140						
221	GABAPENTIN 300MG X 100KAPS.		op.	1						
222	GALANTAMINE HYDROBROMIDE 2.5MG/ML 10AMP 1 ML		op.	10						
223	GĄBKA Z FIBRYNOGENEM LUDZKIM I TROMBINĄ LUDZKĄ 3CM X 2,5CM TACHOSIL		szt	6						
224	GENTAMICINUM 0.04G/1 ML2MLX 10 AMP. I.M.IV.		op.	38						
225	GLICEROLUM 1G X 10 CZOPKÓW		op.	2						
226	GLICEROLUM 2G X 10 CZOPKÓW		op.	41						
227	GLICLAZIDE 60MG X 30 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	3						
228	GLIMEPIRIDIM 1MG TABL. 30TABL.		op.	1						
229	GLIMEPIRIDIM 2MG TABL. 30TABL.		op.	1						
230	GLINOKRZEMIAN PROSZEK DOSPORZ.ZAW.DOUST.3.76G X 30 SASZ. SMECTA		op.	8						
231	GLUCAGON H/CHLOR. IMG 1 FIOL.+ROZP.+1 STRZYK.		op.	1						
232	GLUCOSUM 20% 10 ML X 10 AMP.		op.	6						
233	GLUCOSUM 40% 10 ML X 10 AMP.		op.	1						
234	GLUCOSUM 10% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	120						
235	GLUCOSUM 5% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	300						
236	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%1:1 R-R 250MLOPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	50						

237	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%1:1 R-R 500MLOPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	200						
238	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%2:1 R-R 250MLOPAK.STOJĄCEZ PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	120						
239	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%2:1 R-R 500MLOPAK.STOJĄCEZ PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	50						
240	GLUCOSUM SUBST.75G		op.	60						
241	GLYCEROLI TRINITRAS AER. 0.4MG/DAWKĘ 200DAW.		op.	4						
242	GLYCEROLI TRINITRAS 10MG 10ML X 10 AMP*		op.	10						
	GLYCEROLI TRINITRAS 10MG 10ML X 50 AMP*		op.	2						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
243	HALOPERIDOLUM 1 MG X 40 TABL.		op.	5						
244	HALOPERIDOLUM 2MG/1 ML 100ML KROPLE		op.	6						
245	HALOPERIDOLUM 5MG/1 ML X 10 AMP.		op.	40						
246	HALOPERIDOLI DECANOAS 50MG AMP. 5 AMP		op.	1						
247	HEMORECTAL X 10 CZOP.		op.	13						
248	HEPARINUM NATRICUM 25000J.M./5ML X 10 FIOŁ.LUB AMP.		op.	25						
249	HEPARINUM NATRICUM 1000 j.m/g ŻEL 30G		op.	30						
250	HIPPOCASTANI CORTICIS, LIDOCAINI HYDROCHL. MAŚĆ DOODBYT. 30G		op.	2						
251	HYDROCHLOROTHIAZIDUM 12,5MGX30 TABL.		op.	12						
252	HYDROCORTISONUM 100MG X 5 FIOL.+ ROZP.		op.	492						
253	HYDROCORTISONUM 25MG X 5 FIOL.+ ROZP.		op.	6						
254	HYDROCORTISONUM KREM 1% 15G		op.	16						

268	IBUPROFENUM ZAW. 200MG/5ML 100ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	40						
269	IBUPROFENUM 200MG/X 60 TABL.POWL.		op.	14						
270	IMIPENEMUM, CILASTATINUM PR.DO P.R-RU DO INF. 0,5G+0,5G 20 ML X 10 FIOŁ.		op.	130						
271	IMMUNOGLOB. HUMANUM ANTY HBS 200J.M/ 1 ML X 1 FIOŁ*		op.	10						
	IMMUNOGLOB. HUMANUM ANTY HBS 180 J.M/ 1 ML X 1 FIOŁ*		op.	10						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
272	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WLDOŻ. 1 G/10 ML		op.	4						
273	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WLDOŻ. 5G/50 ML		op.	2						
274	INDAPAMIDUM 1,5MG X 30 TABL.O PRZEDŁ.UWALN.		op.	10						
275	INOSINUM PRANOBEXUM 50MG/ML 150ML		op.	2						
276	INOSINUM PRANOBEXUM 500MG 50TABL.		op.	2						
277	INSULINA ASPART 100J./ML 3ML 10FIOŁ.NOVORAPID		op.	30						
278	INSULIN HUMAN, ISOPHANE 100J./ML 3ML 10FIOŁ. INSULATARD		op.	20						
279	INSULINA ASPART /INSULINA ASPART KRYSTALIZOWANA Z PROTAMINĄ W STOSUNKU 30/70 100J./ML 3ML 10FIOŁ. NOWOMIX		op.	10						
280	INSULINA ASPART /INSULINA ASPART KRYSTALIZOWANA Z PROTAMINĄ W STOSUNKU 50/50 100J./ML 3ML 10FIOŁ. NOWOMIX		op.	1						
281	INSULINUM HUMANUM 40/60 (40%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 60%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						
282	INSULINUM HUMANUM 50/50 (50%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 50%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

283	INSULINUM HUMANUM NEUTRALIS ZAW.DO INJ. 100J.M./1 ML 5 WKŁ. A 3 ML		op.	10						
284	INSULINUM HUMANUM 30/70 (30%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 70%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	10						
285	INSULINUM HUMANUM ISOPHANUM ZAW. DO INJ. 100J.M./1ML5WKŁ.A3ML		op.	2						
286	IPRATROPII BROMIDUM R-R DO INH.20ML		op.	30						
287	IPRATROPII BROMIDUM, FENOTEROLI HYDROB. R-R DO INH.20ML		op.	180						
288	ISOFLURANUM PŁYN 250ML X 6 BUTELEK DO PAROWNIKÓW BĘDĄCYCH NA WYPOSAŻENIU SZPITALA/PAROWNIK O WLEWIE TYPU DRAGER FILL/		op.	2						
289	ISOSORBIDI MONONITRAS 50MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAŁ.		op.	2						
290	ISOSORBIDI MONONITRAS 75MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAŁ.		op.	2						
291	ITRACONAZOLE 100MG X 28 KAPS.		op.	3						
292	KALII CANRENOAS INJ.0.2G/1 OMLX10 AMP.		op.	20						
293	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX50 AMP.10ML *		op.	220						
	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX20 AMP.10ML *		op.	550						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
294	KALII CHLORIDUM 315 MG JON K (610 MG KCl) X 100 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*.		op.	60						
	KALII CHLORIDUM 315MG JON K (610 MG KCl) X 50 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*		op.	120						

	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
295	KALII CHLORIDUM 391 MG JON KX 30 TABL.		op.	4						
296	KALIUM HYPERMANGANICUM 5G		op.	12						
297	KETAMINUM 500MG/10ML 5% X 5 FIOŁ.		op.	2						
298	KETOPROFENUM 100MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	180						
299	KETOPROFENUM 100MG/2ML X 10 AMP.DO STOSOW.DOM. 1 DOŻ.		op.	540						
300	KONCENTRAT EMULSJI-PREPARAT WITAMINOWY DO INFUZJI DLA DOROSŁYCH ZAWIERAJĄCY WITAMINY ROZPUSTCZALNE W TŁUSZCZACH /NP.:VITALIPID N ADULT X 10		op.	50						
301	LACIDIPINUM TABL. 4MG X 28 TABL.POWŁ.		op.	11						
302	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS FORTE PROSZEK DO PRZYGOT.ZAW.DOUST.X 10 FIOŁ.		op.	35						
303	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG 3 MILIARDY X 30 KAPS. NP: DICOFLOR 30 X 30 KAPS.		op.	320						
304	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG ATCC 53103 6 MILIARDÓW KROPLE 5ML FLORACTIN			15						
305	LACTULOSUM SYROP 2.5MG/5ML 150ML		op.	175						
306	LEVOFLOXACINUM 500MG 10 TABL		op.	10						
307	LEVOMEPROMAZINI HYDROMALEAS 25MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	1						
308	LE VOTHYROXIN U M NATRICUM 100MCG X 100 TABL.*		op.	10						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 100MCG X 50 TABL.*		op.	20						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
309	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 100 TABL.*		op.	10						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 50 TABL.*		op.	20						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

310	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 100 TABL*		op.	8						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 50 TABL*		op.	16						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
311	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 100 TABL*		op.	8						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 50 TABL*		op.	16						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
312	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/MX 10 AMP. 2ML		op.	80						
313	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/ML X 5 FIOL. 20 ML		op.	65						
314	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% 20MG/MLX5FIOL.20ML		op.	260						
315	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE AER.100MG/G 10% 38G		op.	9						
316	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% A 30G		op.	70						
317	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% U 30G		op.	300						
318	LIDOCAINUM PRYLOCAINUM KREM 5% 5G			6						
319	LINEZOLIDUM R-R DOWLEW.2MG/1 ML 300MLX 10 WORKÓW/BUTELKI		op.	25						
320	LISINOPRILUM 10MG X 28TBL.		op.	14						
321	LOPERAMIDUM HYDROCHLORIDE 2MG X 30 TABL.		op.	80						
322	LORAZEPAMUM 2,5 MG X 25 DRAŻ.		op.	1						
323	MACROGOLUM Z KOMPONENTĄ ASKORBINOWĄ I ELEKTROLITAMI PROSZEK DO SPORZ. ROZTW. 100 g X 4 SASZ		op.	100						

324	MAGNESIUM HYDROASPART. PYRIDOXINI H/CHLOR.X 60 TABL.		op.	55						
325	MAGNESIUM SULFATE 20% 2G/10ML X 10 AMP.		op.	250						
326	MANNITOLUM 20% R-R 100ML SZKŁO		op.	2000						
327	MANNITOLUM 20% R-R 250ML SZKŁO		op.	400						
328	MEROPENEMUM 1G X 10 FIOL.S.SUCHA		op.	100						
329	MESALAZINE 500MG X 100 TABL.DOJELIT.		op.	3						
330	METAMIZOLUM NATRICUM 0,5G X 6 TABL.		op.	25						
331	METAMIZOLUM NATRICUM 0,5G/1ML 2ML X 5 AMP. (Z MOŻLIWOŚCIĄ PODANIA DAWKI 5 G NA DOBĘ)		op.	300						
332	METAMIZOLUM NATRICUM 2.5G/5ML X 5 AMP. (Z MOŻLIWOŚCIĄ PODANIA DAWKI 5 G NA DOBĘ)		op.	300						
333	METFORMIN HYDROCHLORIDE 1000MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	5						
334	METFORMIN HYDROCHLORIDE 500 MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	5						
335	METFORMINI H/CHLORIDUM 0.85G X 30 TABL. POWŁ.		op.	5						
336	METHOTREXATE 10MG/ML 1ML X 10 AMP.		op.	3						
337	METHYLDOPUM 0.25G X 50 TABL.		op.	2						
338	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX30 TABL.*		op.	8						
	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX50 TABL.*		op.	5						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
339	METHYLPREDNISOLONUM 4MG X 30 TABL.		op.	8						
340	METHYLPREDNISOLONI NATRII SUCCINAS 0,5G 1 FIOL. S.SUBS. +ROZP.		op.	40						
341	METHYLOSANILINI CHLORIDUM 1 % R- R WODNY 20G		op.	5						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

342	METOCLOPRAMIDUM HYDROCHLORIDUM 10MG/2MLX5AMP.		op.	950						
343	METOCLOPRAMIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	18						
344	METOPROLOL SUCCINATE 23.75MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	30						
345	METOPROLOL SUCCINATE 47.5MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	70						
346	METOPROLOL SUCCINATE 95MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	40						
347	METOPROLOLI TARTRAS 50MG X 30 TABL.		op.	6						
348	METOPROLOLI TARTRAS INJ.5MG/5ML X 5 AMP.		op.	142						
349	METRONIDAZOLUM 0.25G X 20 TABL.		op.	70						
350	METRONIDAZOLUM 0,5% 100ML		op.	4280						
351	METRONIDAZOLUM, CHLORO.UINALDOLUM (200MG+100MG) 10 TABL.DOPOCHWOWYCH		op.	10						
352	MIDAZOLAMUM 15MG/3ML 3ML X 5AMP*		op.	820						
	MIDAZOLAMUM 15 MG/3 ML 3ML X 10AMP*		op.	410						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
353	MIDAZOLAMUM 5MG/5MLX 10 AMP.		op.	46						
354	MIDAZOLAMUM 7.5MG X 10 TABL. POWL.		op.	60						
355	MIRTAZAPINE 45MG 30 TABL.U LEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ		op.	1						
356	MOLSIDOMINUM 4MG X 30 TABL.		op.	2						

357	MORPHINE SULPHATE 20MG X 60 TABL.POWL.		op.	3						
358	MORPHNUM 10MG/1 ML X 10 AMP.		op.	60						
359	MORPHINUM 20MG/1 ML X 10 AMP.		op.	90						
360	MULTWITAMIN X 50 TABL.		op.	5						
361	MUPIROCIN MAŚĆ DO NOSA 20MG/G 3G		op.	12						
362	MUPIROCIN KREMĆ 2% 15g		op.	7						
363	NALOXONI HYDROCHLORIDUM 0,4MG/MLX 10 AMP.		op.	70						
364	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 10 ML X 100 AMP.*		op.	80						
	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 10 ML X 50 AMP.*			160						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
365	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 5 ML X 100 AMP.*		op.	2						
	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 5 ML X 20 AMP.*			10						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
366	NATRII CHLORIDUM 10% R-R 10 ML X 100 AMP.		op.	30						
367	NATRII DIHYDROPHOSPHAS, NATRII HYDROPHOS 150ML PŁYN DOODBYT. 50 BUTELEK		op.	18						
368	NATRII GLYCEROPHOSPHAS HYDRICUS KONCENTRAT DO INF. 0,216G/1MLX 10 FIOL. 20 ML		op.	30						
369	NATRII HYDROCARBONAS 8,4% X 10 AMP. 20ML		op.	200						
370	NATRII TETRABORAS PŁYN 10G		op.	220						
371	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 300MG X 30 TABL.		op.	2						
372	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 500MG X 30 TABL.		op.	2						
373	NEBIVOLOL 5MG X 28 - 30 TABL		op.	5						
374	NEOMYCINI SULF. AER. 55ML		op.	20						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

375	NEOMYCINI SULFAS UNG.OPHT. 0,5% 3G		op.	10						
376	NEOSTIGMINUM 0.5MG/1 MLX 10 AMP.		op.	60						
377	NICERGOLINE 30MG X 30 TABL. POWL.		op.	2						
378	NIEJONOWY ŚRODEK KONTRASTOWY ZAWIERAJĄCY 300 MG JODU/ML, op.10 FIOLEK/BUTELKI 50 ML		op.	4						
379	NIFUROXAZIDUM 0,1GX24TABL. POWL.		op.	2						
380	NITRENDIPINUM 20MG X 30 TABL.		op.	1						
381	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	180						
382	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 ML 4ML 5 AMP.		op.	360						
383	NORFLOXACINUM 400MG X 20 TABL. POWL.		op.	4						
384	NYSTATINUM 100 000J. X 10 TABL.VAG.		op.	6						
385	NYSTATINUM 500 000J. X 16 DRAŻ.		op.	2						
386	NYSTATINUM SUSP.2 400 000 J.M/5G 24 ML		op.	15						
387	OLANZAPINUM SWIFT 20MG TABL.ULEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ X 28 TABL.		op.	1						
388	OLANZAPINUM 5MG X 30 TABL POWL.		op.	1						
389	OLANZAPINUM 10MG X 30 TABL POWL.		op.	2						
390	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 20 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	4						

	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 40 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	2						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
391	OMEPRAZOLUM 20MG X 28 KAPS.DOJEL.		op.	320						
392	OMEPRAZOLUM 40MG KAPS.DOJEL. X 28		op.	80						
393	ONDANSETRONUM 2MG/1 ML x 5 AMP. 4ML		op.	30						
394	OPATRUNEK HYDROŻELOWY SKŁADAJĄCY SIĘ Z 80% WODY, 15% GLIKOLU PROPYLENOWEGO, 5% PEKTYNY I KARBOKSYMETYLOCELULOZY SODU ŻEL 15G GRANUGEL		op.	10						
395	ORNITHINI ASPARTAS 0.5G/1 ML X 10 AMP. 10ML		op.	20						
396	ORNITHINI ASPARTAS 100MG CHOLINUM 35MG X 40TABL.		op.	100						
397	ORNITHINI ASPARTAS 500MG/5ML X 10 AMP.		op.	60						
398	OXYCODONE HYDROCHLORIDE 10MG/1ML 2ML 10 AMP*.		op.	10						
	OXYCODONE HYDROCHLORIDE 10MG/1ML 2ML 5 AMP*.		op.	20						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
399	OXYCODONE HYDROCHLORIDE 10MG 60TABL. O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU		op.	20						
400	OXYCODONE HYDROCHLORIDE NALOXONE HYDROCHLORIDE TABL.O PRZEDŁ.UWALNIANIU X 60TABL 10MG/5MG		op.	7						
401	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,01% KROPLE DLA NIEMOWŁĄT 5 ML/TYP U NASMN SOFT		op.	6						
402	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,025% AEROSOL DO NOSA 0.25MG/1 ML 10ML/TYPU NASMN		op.	4						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

403	OXYTETRAC, POLYMYXINUM B, HYDROCORTISONUM ZAW.5ML		op.	15						
404	OXYTOCINUM 5J.M/1 MLX5 AMP*.		op.	130						
	OXYTOCINUM 5J.M/1 MLX 10 AMP*		op	65						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
405	PAPAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG/2ML X 10 AMP.		op.	46						
406	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 10 FIOL. LUB FLAK. 100ML*		op.	320						
	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 12 FLAK. 100ML*			266						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
407	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 10 FIOL. LUB FLAK. 50ML*		op.	6						
	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 12 FIOL. LUB FLAK. 50ML*		op-	5						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
408	PARACETAMOLUM 125MG X 10 CZOPKÓW		op.	6						
409	PARACETAMOLUM 250MG X 10 CZOP.		op.	10						
410	PARACETAMOLUM 500MG X 10 CZOP.		op.	6						
411	PARACETAMOLUM 500MG X 20TABL*.		op.	372						
	PARACETAMOLUM 500MG X 60TABL*.		op.	124						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
412	PARACETAMOLUM 80MG X 10 CZOP.		op.	5						
413	PARACETAMOLUM ZAW. 120MG/5ML 150G		op.	10						
414	PARACETAMOLUM ZAW. 250MG/5ML 100ML			10						

415	PARACETAMOLUM 100MG/1ML KROPLE OD 0-3 LAT Z ZABEZPIECZONYM KROPLOMIERZEM 60ML PEDICITAMOL		op.	10						
416	PARAFFINUM LIQUIDUM 800G		op.	50						
417	ONDANSETRONUM 4MG X 10 TABL.POWL.		op.	2						
418	PEFLOXACINUM 400MG X 10 TABL. POWL.		op.	10						
419	PEFLOXACINUM 400MG/5ML X 10 AMP.		op.	20						
420	PENTOXIFYLLINUM 300MG/15ML X 10 AMP.		op.	50						
421	PENTOXIFYLLINUM 400MG X 60 TABL. O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU.		op.	1						
422	PERAZINUM 0.025G X 20 TABL.		op.	1						
423	PERAZINUM 0,1 G X .30TABL.		op.	1						
424	PERINDOPRILUM ARGININE 10MG X 30 TABL.POWL		op.	3						
425	PERINDOPRILUM ARGININE 5MG X 30 TABL.POWL		op.	3						
426	PETHIDINUM 100MG/2MLX 10 AMP.		op.	70						
427	PETHIDINUM 50MG/ML X 10 AMP.		op.	15						
428	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 CZOPKÓW		op.	9						
429	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 TABL.		op.	3						
430	PHENOBARBITALUM 100MG X 10 TABL.		op.	10						
431	PHENYLBUTAZONUM 0.25G X 5 CZOP.		op.	15						
432	PHENYLBUTAZONUM UNG.30G		op.	40						
433	PHYTOMENADIONUM 10MG/1MLX 10 AMP.		op.	90						
434	PIANKA DO OCZYSZCZANIA SKÓRY NIEPOWODUJĄCA PODRAŻNIEŃ SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH 400ML NP. TENA		op.	50						
435	PIRACETAMUM 1,2G X 60 TABL. POWL.		op.	30						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

436	PIRACETAMUM 20% PŁYN DOUST. 150ML		op.	10						
437	PIRACETAMUM R-R DO WLEW.DOŻ. 12G/60ML		op.	400						
438	PŁYN INFUZYJNY- KONCENTRAT DIPEPTYDOWY 100ML/NP. :DIPEPTIVEN 0.2G/1ML 100ML		op.	400						
439	PŁYN UTRWALAJĄCY DO PRÓB CYTOLOGICZNYCH AEROZOL CYTOFIX		op.	20						
440	PŁYN ZAPOBIEGAJĄCY ODLEŻYNOM 500ML PINOL		op.	30						
441	POLYSTYRENE SULFONATE PROSZEK 1.42G Na/15G 454G		op.	1						
442	POVIDONE-IODINE MASC DO STOS.ZEW 20 G		op.	43						
443	POVIDONE-IODINE R-R DO STOS.ZEW1000ML.		op.	12						
444	PREDNISONUM 10MG X 20 TABL.		op.	30						
445	PREDNISONUM 20MG X 20 TABL.		op.	35						
446	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL. PODJĘZYKOWE		op.	25						
447	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL.DOPOCHW.		op.	39						
448	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 25MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	8						
449	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	11						
450	PROMETHAZINI HYDROCHLORIDUM 10MG X 20 TABL.DRAŻ.		op.	19						
451	PROMETHAZINE H/CHLOR. 5MG/5ML SYROP 150ML		op.	2						
452	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 150MG X 20 TABL. POWL.		op.	40						

453	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 300MG X 20 TABL. POWL.		op.	10						
454	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 70MG/20MLX 5 AMP.		op.	9						
455	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	2						
456	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 1 MG/1 ML X 10 AMP.		op.	3						
457	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 40MG X 50 TABL.		op.	1						
458	PROTAMI NI SULFAS 0.05G/5ML INJ.		op.	1						
459	PYRANTEL 250MG/5ML KROPLE 15 ML		op.	1						
460	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 50 TABL.		op.	10						
461	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG/2MLX5AMP.		op.	2						
462	OUETIAPINE 25MG X 30 TABL.POWL.		op.	60						
463	OUETIAPINE 100MG X 60TABL.POWL.		op.	5						
464	OUETIAPINE 200MG X 60TABL.POWL.		op.	1						
465	RACECADOTRILUM 10MG GRANULAT DO SPORZĄDZANIA ZAWIESINY 16 SASZ.		op.	6						
466	RACECADOTRILUM 30MG GRANULAT DO SPORZĄDZANIA ZAWIESINY 16 SASZ.		op.	6						
467	RANITIDINUM 50MG/2ML X 5 AMP.		op.	5						
468	RIFAXIMINUM 200MG TABL .28		op.	6						
469	RISPERIDONUM 2MG X 20 TABL. POWL.		op.	1						
470	RISPERIDONUM 25MG AMP. MIKROKAPS. DO SPORZĄDZANIA ZAW.DO WSTRZYKIWAŃ		op.	1						
471	ROCURONII BROMIDUM 10MG/ML 5ML X 10 FIOL. LUB AMP.		op.	10						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

472	ROPIVACAINUM HYDROCHLORIDUM 10MG/ML AMP.10ML 5AMP.		op.	2						
473	ROXITHROMYCINUM 50MG X 10 TABL.DO PRZYG. ZAW. DOUST.		op.	4						
474	ROXITHROMYCINUM 100MG X 10 TABL. POWŁ.		op.	4						
475	ROZTWÓR DO WLEWÓW DOŻYLNICH-EMULSJA ZAWIERAJĄCA OLEJ RYBI, FOSFOLIPIDY, GLICEROL 100ML/NP.: OMEGAVEN 100ML		op.	90						
476	ROZTWÓR DO WLEWU DOŻYLNIEGO ZAWIERAJĄCY 10% ROZTWÓR AMINOKWASÓW DO STOSOWANIA U DZIECI- WCZEŚNIAKI 1 NOWORODKI, 100ML/NP.: PRIMENE/AMINOVEN INFANT 10% 100ML		op.	35						
477	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG X 20KAPS*		op.	30						
	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG X 10KAPS*		op.	60						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
478	SALBUTAMOL IMG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	10						
479	SALBUTAMOL 2MG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	40						
480	SALBUTAMOLUM 0.5MG/1 MLX 10AMP.		op.	7						
481	SEVOFLURANUM LUB RÓWNOWAŻNY-PŁYN DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO, 250ML		op.	8						
482	SIMETICONUM KROPLE 30ML DLA NIEMOWLĄT OD 28 DNIA ŻYCIA BOBOTIC		op.	8						

483	SIMWASTATINUM 20MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	40						
484	SIMWASTATINUM 40MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	18						
485	SMOCZEK NUTRITIA STANDARD NA BUTELKĘ.		szt.	48						
486	SOLCOSERYL MAŚĆ 5% 20G		op.	4						
487	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ. ORSALIT		op.	6						
488	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA BABY		op.	6						
489	SOLE REHYDRACYJNE DLA DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA CITRON		op.	6						
490	SOLUVIT N X 10 FIOL.		op.	50						
491	SOTALOLUM 80MG X 30 TABL.		op.	14						
492	SPIR.SKĄŻ.HIBITANEM 0,5% 1 L		op.	70						
493	SPIRAMYCINUM 3 000 000J.M. X 10 TABL. POWL.		op.	6						
494	SPIRONOLACTONUM 100MG X 20 TABL. POWL.		op.	20						
495	SPIRONOLACTONUM 25MG X 100 TABL.		op.	10						
496	SUDOCREM 250G		op.	20						
497	SULFACETAMIDUM NATRICUM 10% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 12 MINIMSOW		op.	8						
498	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 5ML X 10 AMP.		op.	50						
499	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 X 20 TABL. NP: BISEPTOL		op.	2						
500	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 960 X 10 TABL.NP: BISEPTOL		op.	20						
501	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM ZAW. 100ML		op.	4						
502	SULFASALAZINUM EN 500MG X 100 TABL.POWL.		op.	4						
503	SULFATHIAZOLUM ARGENTUM KREM 2% 40G		op.	50						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

504	SULPIRIDUM 100MGX24TABL.LUB KAPS.		op.	3						
505	SULPIRIDUM 50MG X 24 TABL. LUB KAPS.		op.	6						
506	SUXAMETHONIUM CHLORIDE 0,2G X 10 FIOŁ.		op.	20						
507	SZAMPON P/WSZAWICY LECZNICZY LIKWIDUJĄCY WSZY I GNIDY 100 ML PARANIT		op.	33						
508	TELMISARTAN 80MG X 28 TABL		op.	4						
509	TERLIPRESSINUM 1 MG/8.5 ML X 5 AMP*.		op.	10						
	TERLIPRESSINUM 1 MG/5 ML X 5 F*.		Op.	10						
	<i>*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
510	THEOPHYLLINE 20MG/ ML 10 ML X 5 AMP.		op.	600						
511	THEOPHYLLINUM 100MG X 30 TABL.		op.	15						
512	THEOPHYLLINUM 300MG X 50 TABL. POWŁ O PRZEDŁ. UWAL.		op.	20						
513	THIAMAZOLUM 10MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	5						
514	THIAMAZOLUM 5MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	1						
515	THIAMINE HYDROCHLORIDE 25MG X 50 TABL.		op.	18						
516	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	10						
517	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 6 SUPP.		op.	20						
518	THIETHYLPE RAZINUM 0,5MG/ML 1ML X 5 AMP.		op.	30						
519	TINIDAZOLUM 0,5G X 4 TABL. POWŁ.		op.	1						

520	TORASEMIDE 5MG X 30 TABL.		op.	2						
521	TORASEMIDE 10MG X 30 TABL.		op.	2						
522	TORMENTILE PREPARAT ZŁOŻONY MAŚĆ 20 G lub RÓWNOWAŻNY		op.	44						
523	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 100MG/2MLX5AMP.		op.	300						
524	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG X 20 KAPS.		op.	33						
525	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG/MLX 5 AMP.		op.	174						
526	TRAMADOLUM 100 MG/ML KROPLE10ML		op.	3						
527	TRANDOLAPRILUM 0,5 MG X 28 KAPS.		op.	2						
528	TRIMEBUTINUM 100MG X 30 TABL.		op.	3						
529	TRIMEBUTINE MALEATE, GRANULAT DO SPORZĄDZENIA ZAWIESINY (7.87MG/G) 250ML		op.	6						
530	TROPICAMIDUM 0,5% KROPLE DO OCZU 2X 5 ML		op.	1						
531	URAPIDILUM 25MG/5ML X 5 AMP.		op.	50						
532	UROSEPTX 60 TABL.DRAŻ.		op.	6						
533	VALSARTAN 80MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
534	VALSARTAN 160MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
535	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM 0,5G X 1 FIOL.		op.	10						
536	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM IG X 1 FIOL.		op.	300						
537	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 120MGX40 TABL.POWL. 0 PRZEDŁ.UWALN.		op.	8						
538	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 40MG X 20 TABL. POWL.		op.	8						
539	VITAMINUM F MAŚĆ 0.2G/1G 30 G		op.	13						
540	WARFARINUM NATRICUM 3MG X 100 TABL.		op.	4						
541	WARFARINUM NATRICUM 5MG X 100 TABL.		op.	8						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

542	WOREK DWUKOMOROWY ZAWIERAJĄCY: 10% R-R AMINOKWASÓW Z WAPNIEM 1 CYNKIEM ORAZ 40% R-R GLUKOZY Z ELEKTROLITAMI 1 FOSFORANAMI 1,5 L op. 4 WORKI /NP.: AMINOMIX 1 1500 ML		op.	30						
543	XYLOMETHAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,1% W BUTELCE Z DOZOWNIKIEM X 10G		op.	7						
544	ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 200MG/ML X 1 AMP		op.	1						
545	DIETA CZĄSTKOWA W PROSZKU BEZGLUTENOWA ZAWIERAJĄCA MALTODEKSTRYNY, MALTOZĘ, GLUKOZĘ 400G /NP.: FANTOMALT		op.	1						
546	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNA NP.: BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY 400G NUTRAMIGEN 2		op.	1						
547	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNA ALERGIĄ NP.: BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY OD 1 M- CA ŻYCIA 400G NUTRAMIGEN 1		op.	1						
548	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO OD 1 M-CA ŻYCIA 450G/NP.: BEBILON PEPTI 1		op.	4						

549	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO POWYŻEJ 6 MCA ŻYCIA 450G/NP.: BEBILON PEPTI 2		op.	4						
550	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT NARAŻONYCH NA WYSTĄPIENIE ALERGII NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO 400G/NP.: NAN PRO HA 1		op.	18						
551	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAŃ 500G/NP.; NAN EXPERT*		op.	5						
	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAŃ 350G/NP.; NAN EXPERT AR*		op.	7						
	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAŃ 400G/NP.; NAN EXPERT*		op.	6						
	<i>* Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu</i>									
552	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z BANANAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	20						
553	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z MORELAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	16						
554	KASZKA RYŻOWA Z BANANAMI 180GPO 4 MIES.ŻYCIA /NA WODE/		op.	15						
555	KLEIK RYŻOWY 160G /PO 4 MIEŚ. ŻYCIA/		op.	30						
556	MLEKO DLA WCZEŚNIAKÓW, NIEMOWLĄT Z NISKĄ WAGĄ URODZEŃ IOWA400G/NP.: PRENAN		op.	5						
557	MLEKO POCZĄTKOWE DLA NIEMOWLĄT OD URODZENIA 350G/NP.: NAN PRO 1		op.	10						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

558	MLEKO NASTĘPNE Z KLEIKIEM RYŻOWYM POWYŻEJ 6-GO M-CA ŻYCIA/NP.; BEBIKO 2R		op.	20						
559	ZUPKA JARZYNOWA /PO 4 MIES.ŻYCIA/ a 120- 130G		op.	60						
560	GĄBKA Z GARAMYCYNĄ 10CM X 10CM x 1 SZT.		szt.	10						
Razem										

PAKIET 3-LEKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Nowa cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	ACETYLCYSTEINUM 300MG/3ML X 5 AMP.		op.	300						
2	ACICLOVIRUM PRÓSZ. DO. R-RU INF.0.5G X 10 FIOŁ.		op.	2						
3	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 600MG INJ.DOŻ. 5 FIOŁ.		op.	150						
	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 600MG INJ.DOŻ. 1FIOŁ.			750						
*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu										
4	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1200MG INJ.DOŻ.5 FIOŁ.		op.	800						
	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1200MG INJ.DOŻ.1FIOŁ.			4000						
*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu										
5	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1G X 14 TABL. POWŁ.		op.	75						

[illegible]



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

PAKIET 11- WYROBY MEDYCZNE

Lp.	Nazwa	Nazwa handlowa	J.m.	Ilość opakowań	Nowa cena netto	VAT	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	PASKI TEST DO POMIARU POZIOMU GLUKOZY TYPU iXell. MINIMALNE WYMAGANIA: AUTOKODOWANIE, BEZ CZIPÓW I RĘCZNEGO SPRAWDZANIA KODÓW, TEMP. PRZECHOWYWANIA PASKÓW W ZAKRESIE TEMPERATURY 4,0 °C – POWYŻEJ 39,0 °C AUTOMATYCZNY WYRZUT PASKÓW, KAPILARA ZASYSAJĄCA NA SZCZYZIE PASKA. CERTYFIKAT SPEŁNIANIA NORMY EN ISO 15197:2015 W ZAKRESIE PRECYZJI I DOKŁADNOŚCI X 50 SZT. Wykonawca zobowiązany jest do zabezpieczenia Zamawiającego w 50 szt glukometrów wg. bieżących zamówień		op.	380						
Razem:										

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska

