

**Załącznik nr 1.2****Formularz cenowy do oferty**

Składając w imieniu

.....  
.....  
.....

**ofertę w zapytaniu ofertowym w dniu 30.12.2019r.**

na dostawę: **leków psychotropowych**

**dla Odbiorcy Domu Pomocy Społecznej „Jedlina” w Mieni 300 05-319 Ceglów**

**oferujemy realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami :**

| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia      | ilość | Odpłatność na receptę:<br>ryczałt<br>30%, 50%,<br>bezpłatne<br>inne | Cena jednostkowa do zapłaty przez pacjenta | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
|-----|---------------------------------|-------|---|--|-----|---------------|----------------|
| 1   | Absenor 300mg x 100 tab.        | 5     | BZ  |  |     |               |                |
| 2   | Amizepin 0.2 g 50 tabl.         | 200   | BZ  |  |     |               |                |
| 3   | Chlorprothixen 50 mg x 50 tab.  | 36    | R   |  |     |               |                |
| 4   | Clonazepam 2 mg x 30 tab.       | 24    | R   |  |     |               |                |
| 5   | Clonazepamum 0,5 mg 30 tabl.    | 300   | R   |  |     |               |                |
| 6   | Depakine Chrono 300 mg 30 tabl. | 30    | BZ  |  |     |               |                |

|    |                                  |     |      |  |  |  |  |
|----|----------------------------------|-----|------|--|--|--|--|
| 7  | Depakine chrono 500 mg x 30 tab. | 80  | BZ   |  |  |  |  |
| 8  | Haloperidol 5 mg x 30 tab.       | 12  | BZ   |  |  |  |  |
| 9  | Haloperidol gutte x 10ml         | 360 | BZ   |  |  |  |  |
| 10 | Hydroxyzinum 10 mg x 30 tab.     | 20  | 100% |  |  |  |  |
| 11 | Hydroxyzinum 25 mg 30 tabl.      | 30  | 100% |  |  |  |  |
| 12 | Ketipinor 25 mg x 100 tab.       | 5   | R    |  |  |  |  |
| 13 | Klozapol 100 mg x 50 tab.        | 14  | BZ   |  |  |  |  |
| 14 | Lamitrin 100 mg x 30 tab.        | 12  | R    |  |  |  |  |
| 15 | Lorafen 1 mg x 25 tab.           | 10  | 100% |  |  |  |  |
| 16 | Luminal 100 mg x 10 tab.         | 72  | R    |  |  |  |  |
| 17 | Neurotop retard 300 mg x 50 tab. | 400 | BZ   |  |  |  |  |
| 18 | Perazin 100 mg x 30 tab.         | 48  | BZ   |  |  |  |  |
| 19 | Perazin 25 mg x 20 tab.          | 30  | BZ   |  |  |  |  |
| 20 | Perazin 50 mg x 30 tab.          | 35  | BZ   |  |  |  |  |
| 21 | Pridinol 5 mg x 50 tab.          | 22  | 100% |  |  |  |  |
| 22 | Promazin 100 mg x 60 tab.        | 25  | 100% |  |  |  |  |
| 23 | Promazin 50 mg x 60 tab.         | 30  | 100% |  |  |  |  |
| 24 | Ranofren 5 mg x 28 tab.          | 10  | 100% |  |  |  |  |
| 25 | Relanium 2 mg x 20 tab.          | 18  | 100% |  |  |  |  |

|                             |                            |     |      |  |  |  |  |
|-----------------------------|----------------------------|-----|------|--|--|--|--|
| 26                          | Relanium 5 mg x 20 tab.    | 50  | 100% |  |  |  |  |
| 27                          | Risperon 1 mg x 20 tab.    | 12  | R    |  |  |  |  |
| 28                          | Sulpiryd 50 mg 24 kaps     | 12  | BZ   |  |  |  |  |
| 29                          | Tegretol CR 200 50 tabl.   | 10  | BZ   |  |  |  |  |
| 30                          | Tegretol CR 400 30 tabl.   | 12  | BZ   |  |  |  |  |
| 31                          | Tisercin 25 mg x 50 tab.   | 300 | BZ   |  |  |  |  |
| 32                          | Topiramet 100 mg x 28 tab. | 100 | R    |  |  |  |  |
| 33                          | Topiramet 200 mg x 28 tab. | 100 | R    |  |  |  |  |
| <b>Razem wartość netto</b>  |                            |     |      |  |  |  |  |
| <b>Wartość VAT</b>          |                            |     |      |  |  |  |  |
| <b>Razem wartość brutto</b> |                            |     |      |  |  |  |  |

**Wartość brutto słownie:** .....

.....  
miejscowość, data

.....  
pieczęć Oferenta

.....  
pieczęć/i imienna/e i podpis/y  
uprawnionego/ych przedstawiciela/i Oferenta