FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY/SPECYFIKACJA TECHNICZNA Załącznik nr 2

**do zapytania ofertowego na:**

**„Sukcesywną dostawę szczepionek dla SP ZOZ Celestynów**

# Zadanie 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi (acelularna), wirusowemu zapaleniu wątroby typ B (rekombinowana) polio typ 1,2,3 i Haemophilus influenzae typ B. Stosowane u dzieci – szczepienia pierwotne i uzupełniające. Szczepionka do 3 roku życia** | **20szt.** | **folia (proszek)+ ampułko-strzykawka 0,5 ml rozpuszczalnika do przygotowania roztworu do wstrzyknięć** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

**Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia**

# Zadanie nr 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Konwencjonalna, poliwalentna, inaktywowana szczepionka przeciw grypie, zawierająca rozszczepiony wirion. Jedna dawka szczepionki (0,5 ml) zawiera po 15 mg hemaglutyniny każdego z rekomendowanych na dany sezon epidemiologiczny wirusy typu A i B** | **100 szt.** | **Ampułko-strzykawka 0,5 ml** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

**Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia.**

# Zadanie nr 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka skonfigurowana, polisacharydowa13-walentna, adsorbowana, przeciwko pneumokokom. Czynne uodpornienie przeciwko chorobie inwazyjnej pneumokokowej u ludzi od 6-go tygodnia do 5-go roku życia.** | **60 szt.** | **Ampułko-strzykawka 0,5 ml** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

**Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia.**

# Zadanie nr 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **szczepionka zapobiegająca wirusowemu zapaleniu wątroby typu B dla dorosłych do stosowania w schemacie podstawowym /0,1,6m-cy/**  | **240 szt.** | **Ampułka** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

**Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia**

**zadanie nr 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu ,dawka 0,5 ml (szczep Neudorfl)szczepionka powyżej 16 roku życia**  | **60 szt.** | **Ampułko-strzykawka 0,5 ml** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

**Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia**

**Zadanie nr 6**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu ,dawka 0,25ml (szczep Neudorfl)uodpornianie dzieci w wieku powyżej 1 roku i poniżej 16**  | **30Szt.** | **Ampułko-strzykawka 0,25 ml** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

**Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia**

**Zadanie nr 7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka przeciw błonicy , tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa złożona ) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,poliomyelitis oraz ciężkimi chorobami wywołanymi przez Haemophilus influenzae typ b .Szczepionka dla dzieci .Dostępna w opakowaniu ampułkostrzykawka po 0,5 ml .Szczepionka do 2 roku życia.** | **170szt.** | **Ampułko-strzykawka 0,5 ml** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

# Zadanie 8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań w ampułce .szczepionka skonfigurowana przeciwko meningokokom grupy A , C , W -135 i Y.Dawka szczepionki 0,5 ml uodpornianie osób w wieku powyżej 1 roku życia**  | **20 szt.** | **ampułka proszek i rozpuszczalnik** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

# Zadanie nr 9

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **szczepionka przeciw rotawirusowi , żywa ,doustna,monowalentna pięcioważna.Stosowana do czynnego uodpornienia niemowląt w wieku od 6 -24 tygodnia w celu zapobiegania wystąpieniu zapalenia żołądka i jelit na tle zakażeń rotawirusami** | **60 szt.** | **Ampułko -****Strzykawka** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

# Zadanie nr 10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **szczepionka do czynnego uodpornienia przeciw ospie wietrznej osób zdrowych (od 9 miesiąca życia) oraz osób szczególnie podatnych na zakażenia z grup wysokiego ryzyka. Szczepionka wskazana do zapobiegania wystąpuienia półpaśca i nerwobólu w przebiegu półpaśca u osób w wieku od 50 lat** | **30 szt.** | **folia (proszek)+ ampułko-strzykawka 0,5 ml rozpuszczalnika do przygotowania roztworu do wstrzyknięć** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

**Zadanie nr 11**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b (skoniugowana), adsorbowana** | **20 szt.** | **proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań (1 amp.-strzyk. zawiesiny 0,5 ml + fiol. proszku+ igły)** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

**Zadanie nr 12**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **szczepionka przeznaczona jest do uodporniania wcześniej nieuodpornionych dorosłych i młodzieży od 16 roku życia włącznie narażonych na zakażenie wirusami zapalenia wątroby typu A i B**  | **5 szt.** | **ampułko strzykawka 1ml** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

**Zadanie 13**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka przeciw menigokokom grupy B ,podawana w wieku od 2 miesięcy i starszym .****Szczepionka złożona absorbowana**  | **40 szt.** | **Zawiesina do wstrzykiwań w ampułko strzykawce** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

**Zadanie 14**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka skojarzona przeciw błonicy, tężcowi, poliomyelitis, zakażeniom wywoływanym przez Hib . Zawiera antygen polisacharydowy Hib (w tej samej ilości 10 µg) połączony z toksoidem tężcowym jako białkiem nośnikowym (w ilości 25 µg).**  | **40 szt.** | **Ampułko strzykawka** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

**Zadanie 15**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka zapobiegająca wirusowemu zapaleniu wątroby typu B/WZW typu B/.****Szczepionka tryb przyspieszony** **0-7-21-1 rok**  | **20 szt.** | **ampułka** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia

**Zadanie 16**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Opis szczepionki** | ***ilość sztuk*** | ***Wymagania dotyczące opakowania*** | ***Nazwa handlowa szczepionki*** | ***Producent*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość oferty netto*** | ***VAT %*** | ***Wartość oferty*** |
| 1 | **Szczepionka stosowana w celu zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby typuA/WZWA/w wieku 19 lat i powyżej ,narażonych wirusem zapalenia wątroby typu A.** | **10 szt.** | **Ampułko strzykawka** |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|
| RAZEM |   |   | x |   |

# Termin ważności minimum 12 miesięcy od momentu dostawy poszczególnych partii zamówienia