

## Załącznik nr 2 do SWZ

..... (miejscowość), dnia ..... r.

### Zamawiający:

**Szpital Specjalistyczny  
im. Edmunda Biernackiego  
ul. Żeromskiego 22  
39-300 Mielec**  
(pełna nazwa/firma, adres)

### Wykonawca:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)

## FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym, na podstawie art. 275 pkt 1) ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych na:

**sprzedaż i dostawę systemu zamkniętego do pobierania krwi dla potrzeb Szpitala  
Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzP.ZP.271.98.24**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia:

GRUPA .....

L.p. Asortyment	Nazwa handlowa, wielkość opakowania	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										