**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 środków dezynfekcyjnych do Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzS.ZP.261.73.2025**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia:

GRUPA ……

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p.  Asortyment | Nazwa handlowa, wymiar jedn. wielkość opakowania (jeżeli dotyczy) | Numer katalogowy | Producent | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa | | | Wartość | | |
| netto | VAT  % | brutto | netto  (kol. 5x6) | VAT  zł | brutto  (kol. 9+10) |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Całkowita wartość zamówienia** | | | |  |  |  |  |  | suma  kolumna 9 | suma  kolumna 10 | suma  kolumna 11 |