

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 przetargu nieograniczonym na:

**sprzedaż i dostawę jednorazowego i drobnego sprzętu oraz materiałów medycznych
dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak
SzS.ZP.261.4.2026**

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