**Załącznik nr 2 do SWZ**

**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 asortymentu dla potrzeb Oddziału Chirurgii Naczyniowej Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzS.ZP.261.6.2026**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia:

GRUPA ……

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p.  Asortyment | Nazwa handlowa, wymiar jedn. wielkość opakowania | 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 |

Wartość początkowa przedmiotu dzierżawy wynosi: *(w przypadku większej liczy przedmiotów dzierżawy należy podać wymagane informacje oddzielnie dla każdego sprzętu)* – dotyczy Grup asortymentowych nr 4-5)

………………………………………………… ……..…………… ……………… ………………

(dokładna nazwa przedmiotu dzierżawy) (wartość początkowa brutto) (rok produkcji) (fabrycznie nowy/używany)

…………………………………..

*(podpis Wykonawcy*

*lub jego uprawnionego przedstawiciela)*