

## 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 liczby 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)