

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 produktów leczniczych niezbędnych do programów lekowych realizowanych
w Szpitalu Specjalistycznym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzS.ZP.261.58.2025**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia:

GRUPA

L.p.	Nazwa międzynarodowa/ opis	Nazwa handlowa OFEROWANA dawka, postać, wielkość opakowania	Producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość			Kod EAN lub inny kod produktu, który będzie widoczny na fakturze	Czy preparat podlega refundacji wg aktualnego Obwieszczenia MZ: TAK/NIE
						netto	VAT %	brutto	netto (kol. 6x7)	VAT zł	brutto (kol. 10+11)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Całkowita wartość zamówienia									suma wartości kol. 10	suma wartości kol. 11	suma wartości kol. 12		