**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 oraz wyrobów medycznych dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu, znak SzS.ZP.261.74.2025**

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 |  |  |