**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**NAZWA WYKONAWCY………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDN. NETTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT**  **%** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **OFEROWANY PRODUKT**  (nazwa/typ/nr kat.)\* | **PRODUCENT**  (nazwa/kraj pochodzenia) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **Testy antygenowe SARS-CoV- 2** do badania materiału - wymaz z jamy nosowo - gardłowej. Skład zestawu: kasetka pomiarowa, wymazówka, probówka ekstakcyjna, pipetka, instrukcja obsługi. Czułość nie mniejsza niż 91%, swoistość nie mniejsza niż 99%.  Testy spełniające Wymagania WHO i prezesa NFZ względem refundacji, oznaczenie CE | **7 500**  **szt.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

\*Należy wpisać wszystkie informacje charakteryzujące oferowany produkt

**Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.**