**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**NAZWA WYKONAWCY……………………………….…………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | | | | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ NETTO** | **VAT %** | **WARTOŚĆ BRUTTO** | **OFEROWANY PRODUKT**  (nazwa produktu/ typ/nr kat.)\* | **PRODUCENT**  (nazwa/kraj pochodzenia) |
| 1. | **Mikrokeratom liniowy do zabiegów warstwowych przeszczepów rogówki UT DSAEK z systemem stabilizacji ciśnienia ACP** | | | | **1**  **zestaw** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |  | |

\*Należy podać wszystkie informacje charakteryzujące oferowany produkt

**Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób**

**uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.**