**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.**