**Załącznik nr 2a do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**dla pakietu nr 1 - implanty oczodołowe I**

**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 | **Implant oczodołowy bez siatki** o średnicy od 14 mm do 22 mm x 1 szt.\*\* | **72 opak.** |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

 \* Należy podać wszystkie informacje charakteryzujące oferowany produkt

 \*\* Uwaga: *Zamawiający każdorazowo określa średnicę implantu przy zamówieniu*

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