**Załącznik nr 2a do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**dla pakietu nr 1 – Hialuronian sodu 1,4%**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA** | **j.m.** | **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 | **Hialuronian sodu 1,4%**  **Opakowanie od 0,85 ml do 1 ml ampułkostrzykawka z kaniulą** | **1 ampstrz.** | **300** |  |  |  |  |  |  |
|  | **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.**