**Załącznik nr 2b do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**dla pakietu nr 2 – Barwnik do zaćm**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **j.m.** | **Ilość wymagana** | **Nazwa, postać, dawka i pojemność zaoferowanego opakowania** | **Kod EAN/ REF lub Nr. Kat.** | **Producent**(nazwa/kraj pochodzenia | **Zaoferowane opakowanie handlowe** | **Cena jedn. netto zaoferowanego op.** | **Cena jedn. brutto zaoferowanego op.** | **Wartość netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9**  | **10** | **11** | **12** | **13** |
| 1 | **Barwnik stosowany podczas usuwania zaćmy** zawierający błękit tryptanu, o stężeniu 0,05-0,06% w ampułkostrzykawce a 0,5 -1,0 ml | **1 ampstrz.** | **1000** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **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.**