**Załącznik nr 2d do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**dla pakietu nr 4 – Preparat wiskoelastyczny**

**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 | **Preparat wiskoelastyczny o właściwościach dyspersyjno-kohezyjnych, zawierający mieszaninę 1,65% - 2% hialuronianu sodu i 2% - 4% siarczanu chondroityny w ampułkostrzykawce o pojemności 1 ml z kaniulą** |  **1****ampstrz.** |  **50** |  |  |  |  |  |  |
|  | **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.**