**Załącznik nr 2g do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**dla pakietu nr 7 – Leki-Enoksaparyna**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa międzynarodowa/opis przedmiotu zamówienia** | **j.m.** | **Ilość wymagana** | **Uwagi** | **Nazwa, postać, dawka** | **Kod EAN** | **Ilość zaoferowana** | **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 | **Enoksaparyna sodowa roztw.do wstrz. 20mg/0,2 ml x 10 ampstrz.** |  **op.** | **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Enoksaparyna sodowa roztw.do wstrz. 40mg/0,4 ml x 10 ampstrz.** | **op.** | **150** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Enoksaparyna sodowa roztw.do wstrz. 60mg/0,6 ml x 10 ampstrz.** | **op.** | **70** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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