**Załącznik nr 2a do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**dla pakietu nr 1 – Aflibercept**

**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 | **Aflibercept roztwór do wstrzykiwań do ciała szklistego 40mg/1ml x 0,1 ml** |  **op.** | **560** | Zaoferowany produkt leczniczy musi mieć możliwość rozliczenia w programie lekowym B.70,B.120 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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