**Załącznik nr 2f do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**dla pakietu nr 6 – Leki oczne**

**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 | **TROPICAMIDE, PHENYLEPHRINE HYDROCHLORIDE, LIDOCAINE HYDROCHLORIDE** roztw. do wstrz. do podania do komory przedniej oka (0,2mg +3,1mg+10mg /1ml) x 20 amp. a 0,6ml | **op.** | **220** | Zamawiający wymaga, aby zaoferowane opakowanie zawierało 20 jałowych igieł z filtrem 5µm |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **CEFUROXIME** proszek do sporz. roztw. do wstrz. do podawania do przedniej komory oka 50 mg x 10 fiol. | **op.** | **600** | Zamawiający wymaga, aby zaoferowane opakowanie zawierało 10 jałowych igieł z filtrem 5µm |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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