|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | **Załącznik nr 2** |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NAZWA WYKONAWCY…………………………………** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet 1 - Hialuronian sodu 1,4%** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **j.m.** | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **ILOŚĆ ZAOFEROWANYCH OPAKOWAŃ HANDLOWYCH** | **PRODUCENT** | **CENA NETTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **CENA BRUTTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | Hialuronian sodu 1,4%Opakowanie od 0,85 ml do 1,1 ml ampułkostrzykawka z kaniulą | 1 ampułkostrz. | 800 |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **RAZEM** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*Należy podać wszystkie informacje charakteryzujące oferowany produkt |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  | **Podpis przedstawiciela Wykonawcy** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | **Załącznik nr 2** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** |
|  | **NAZWA WYKONAWCY…………………………** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet 2 - Hydropropylmethylceluloza 2%** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **j.m.** | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **ILOŚĆ ZAOFEROWANYCH OPAKOWAŃ HANDLOWYCH** | **PRODUCENT** | **CENA NETTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **CENA BRUTTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | Hydropropylmethylceluloza 2%Opakowanie: 1,5 ml – 2,5 ml ampułkostrzykawka z kaniulą | 1 ampułkostrz. | 12 000 |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **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.** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Podpis przedstawiciela Wykonawcy** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  **Załącznik nr 2** |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** |
|  | **NAZWA WYKONAWCY…………………………** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet 3 - Preparaty wiskoelastyczne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **j.m.** | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **ILOŚĆ ZAOFEROWANYCH OPAKOWAŃ HANDLOWYCH** | **PRODUCENT** | **CENA NETTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **CENA BRUTTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | System wiskoelasyczny (duopak)– 2% - 3% hialuronian sodu + 2% - 4% chondroitynosiarczan sodu - opakowanie nie większe niż 1ml;– 1% - 1,5% hialuronian sodu- opakowanie nie większe niż 1ml; z kaniulami | 1 zestaw | 40 |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 | 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 ampułkostrz. | 100 |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **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.** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Podpis przedstawiciela Wykonawcy** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  **Załacznik nr 2** |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NAZWA WYKONAWCY…………………………** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet 4 - Hialuronian sodu 1,8% do kanaloplastyki** |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **j.m.** | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **ILOŚĆ ZAOFEROWANYCH OPAKOWAŃ HANDLOWYCH** | **PRODUCENT** | **CENA NETTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **CENA BRUTTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | Hialuronian sodu 1,8% (18mg/ml) w sterylnej ampułkostrzykawce a 0,85 ml z kaniulą jednorazowego użytku w sterylnym blistrze. Ampułkostrzykawka kompatybilna z cewnikiem do kanaloplastyki ITRAK TM 250A | 1 ampułkostrz. | 160 |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **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.** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Podpis przedstawiciela Wykonawcy** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  **Załacznik nr 2** |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NAZWA WYKONAWCY…………………………** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet 5 - Wszczepialne gazy medyczne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **j.m.** | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **ILOŚĆ ZAOFEROWANYCH OPAKOWAŃ HANDLOWYCH** | **PRODUCENT** | **CENA NETTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **CENA BRUTTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | Oktafluoropropan C3 F8, gaz medyczny do chirurgii okulistycznej x 75 ml (w zestawie ze strzykawką i filtrem),gaz wielokrotnego użytku | szt. | 16 |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 | 6-cio fluorek siarki SF6 gaz medyczny do chirurgii okulistycznej x 75 ml (w zestawie ze strzykawką i filtrem), gaz wielokrotnego użytku | szt. | 40 |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 | Zestaw do podaży gazu zawierający strzykawkę sterylną x 50 ml z filtrem i igłą | szt. | 250 |   |   |   |   |   |   |   |
|  | **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.** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Podpis przedstawiciela Wykonawcy** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 2 |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** |
|  | **NAZWA WYKONAWCY…………………………** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet 6 - Barwnik do błon siatkówkowych** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **j.m.** | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **ILOŚĆ ZAOFEROWANYCH OPAKOWAŃ HANDLOWYCH** | **PRODUCENT** | **CENA NETTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **CENA BRUTTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | **Barwnik do błon siatkówkowych** zawierający roztwór błękitu tryptanu o stężeniu 0,15%, trifenylometanu o stężeniu 0,025%,polietylenoglikolu o stężeniu 4% rozcieńczonych w fizjologicznym roztworze chlorku sodu, pakowany w szklane amułkostrzykawki o pojemności 0,5 ml | szt. | 200 |   |   |   |   |   |   |   |
|  | **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.** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Podpis przedstawiciela Wykonawcy |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 2 |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** |
|  | **NAZWA WYKONAWCY…………………………** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pakiet 7 - Paski fluoresceinowe** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **j.m.** | **ILOŚĆ WYMAGANA** | **ZAOFEROWANY PRODUKT (NAZWA HANDLOWA, TYP, NUMER KATALOGOWY)** | **ILOŚĆ ZAOFEROWANYCH OPAKOWAŃ HANDLOWYCH** | **PRODUCENT** | **CENA NETTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **CENA BRUTTO ZA ZAOFEROWANE OPAKOWANIE** | **WARTOŚĆ NETTO** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | Sterylne testy paskowe stosowane w okulistyce, zawierające fluoresceinę sodową. Pakowane pojedynczo w sterylne saszetki. Opakowanie 100 szt. | op. | 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.** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Podpis przedstawiciela Wykonawcy |  |  |