**K/DOPIES/1/2025** *Załącznik nr 2*

WYKAZ ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH – FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis badania** | **ilość****na 24 m-ce** | **cena jednostkowa badania****(bez VAT)** | **ilość****na 24 m-ce** | **cena jednostkowa badania****(bez VAT)** | **wartość zamówienia****(bez VAT)** |
| **TRYB STANDARD** | **TRYB PILNY** |
| TK głowy | 200 |  | 20 |  |  |
| TK ortopedyczne (kości, stawy, kręgosłup -1 odcinek) | 12 |  | 10 |  |  |
| TK szyi | 280 |  | 20 |  |  |
| TK klatki piersiowej z kontrastem | 1450 |  | 50 |  |  |
| TK brzucha | 500 |  | 20 |  |  |
| TK miednicy z kontrastem i bez kontrastu | 60 |  | 5 |  |  |
| TK dwóch okolic anatomicznych (badanie jednofazowe/ wielofazowe) | 3800 |  | 50 |  |  |
| TK trzech okolic anatomicznych (badanie jednofazowe) | 1600 |  | 20 |  |  |
| MR głowy | 600 |  | 20 |  |  |
| MR szyi/twarzoczaszki bez kontrastu i z kontrastem | 475 |  | 25 |  |  |
| MR kończyny górnej/dolnej/stawu | 1075 |  | 25 |  |  |
| MR jednego odcinka kręgosłupa | 290 |  | 10 |  |  |
| MR miednicy | 365 |  | 20 |  |  |
| MR miednicy wraz z oceną PIRADS | 40 |  | 20 |  |  |
| MR jamy brzusznej | 80 |  | 20 |  |  |
| Zdjęcie RTG |  |  | 120 |  |  |
| SUMA |  |

……………………………….……………………..

 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej/ osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy