**FORMULARZ OFERTOWY – cz. I**

Dane osobowe/ Nazwa firmy:

........................................................

 ........................................................

Osoba do kontaktu…………………………………..tel. …………………………………..

**Część I. Badania endoskopowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Badanie (bez znieczulenia)** | **Jednostka** | **Cena (brutto) - zł** |
| Gastroskopia diagnostyczna | 1 badanie |  |
| Gastroskopia z badaniem histopatologicznym | 1 badanie |  |
| Kolonoskopia diagnostyczna | 1 badanie |  |
| Kolonoskopia z badaniem histopatologicznym | 1 badanie |  |
| **SUMA:** |  |  |

Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczątka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY – cz. II**

Dane osobowe/ Nazwa firmy:

........................................................

 ........................................................

Osoba do kontaktu…………………………………..tel. …………………………………..

**Część II. RTG**

|  |  |
| --- | --- |
| **RTG** | **cena brutto w zł** |
| zdjęcie klatki piersiowej w projekcji PA bez kontrastu |  |
| zdjęcie klatki piersiowej boczne bez kontrastu |  |
| zdjęcie klatki piersiowej w projekcji PA z kontrastem  |  |
| zdjęcie klatki piersiowej boczne z kontrastem |  |
| zdjęcie czaszki (PA) |  |
| zdjęcie czaszki boczne  |  |
| zdjęcie zatok  |  |
| zdjęcie zdjęcie kręgosłupa (AP i boczne) |  |
| zdjęcie kręgosłupa szyjnego czynnościowe (2 projekcje) |  |
| zdjęcie kręgosłupa piersiowego (AP i boczne) |  |
| zdjęcie kręgosłupa piersiowego AP w pozycji stojącej  |  |
| zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego (AP i boczne) |  |
| zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego |  |
| zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe (2 projekcje) |  |
| zdjęcie miednicy |  |
| zdjęcie ręki AP i boczne |  |
| zdjęcie stawu barkowego AP  |  |
| zdjęcie obojczyka |  |
| zdjęcie stawu łokciowego |  |
| zdjęcie kości ramieniowej |  |
| zdjęcie przedramienia |  |
| zdjęcie nadgarstka |  |
| zdjęcie palca |  |
| zdjęcie stopy |  |
| zdjęcie stopy AP |  |
| zdjęcie kości udowej - AP i boczne |  |
| zdjęcie stawu kolanowego – AP i boczne |  |
| zdjęcie rzepki – boczne lub osiowe |  |
| zdjęcie podudzia |  |
| zdjęcie stawu skokowego – AP i boczne |  |
| zdjęcie obu stóp – PA i skośne |  |
| zdjęcie kości piętowych – boczne i osiowe |  |
| zdjęcie jamy brzusznej - przeglądowe |  |
| **SUMA:** |  |

Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Podpis i pieczątka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY – cz. III**

Dane osobowe/ Nazwa firmy:

........................................................

 ........................................................

Osoba do kontaktu…………………………………..tel. …………………………………..

**CZ. III USG**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USG** | **jednostka** | **cena brutto w zł** |
| USG tarczycy i przytarczyc | 1 badanie |  |
| USG ślinianek | 1 badanie |  |
| USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego | 1 badanie |  |
| USG jamy brzusznej | 1 badanie |  |
| USG węzłów chłonnych  | 1 badanie |  |
| USG gruczołu krokowego(z oceną pęcherza) | 1 badanie |  |
| **SUMA:** |  |  |

Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Podpis i pieczątka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY – cz. IV**

Dane osobowe/ Nazwa firmy:

........................................................

 ........................................................

Osoba do kontaktu…………………………………..tel. …………………………………..

**CZ. IV Badania laboratoryjne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Badanie laboratoryjne** | **ICD 9** | **Jednostka** | **Cena brutto w zł** |
| **Badania hematologiczne** |  |  |  |
| morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi – 8-parametrowa | C 53 | 1 badanie |  |
| morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi | C 55 | 1 badanie |  |
| retykulocyty | C 69 | 1 badanie |  |
| odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.) | C59 | 1 badanie |  |
| **Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi** |  |  |  |
| sód | O35 | 1 badanie |  |
| potas | N45 | 1 badanie |  |
| wapń zjonizowany | O75 | 1 badanie |  |
| żelazo  | O95 | 1 badanie |  |
| żelazo TIBC | O93 | 1 badanie |  |
| stężenie transferryny | O43 | 1 badanie |  |
| stężenie hemoglobiny glikowanej(HbA1c) | L55 | 1 badanie |  |
| mocznik | N13 | 1 badanie |  |
| kreatynina | M37 | 1 badanie |  |
| glukoza | L43 | 1 badanie |  |
| test obciążenia glukozą | L43 | 1 badanie |  |
| białko całkowite | I77 | 1 badanie |  |
| proteinogram | I79 | 1 badanie |  |
| albumina | I09 | 1 badanie |  |
| białko C-reaktywne (CRP) | I81 | 1 badanie |  |
| kwas moczowy | M45 | 1 badanie |  |
| cholesterol całkowity | I99 | 1 badanie |  |
| cholesterol – HDL | K01 | 1 badanie |  |
| cholesterol – LDL | K03 | 1 badanie |  |
| triglicerydy (TG) | O49 | 1 badanie |  |
| bilirubina całkowita | I89 | 1 badanie |  |
| bilirubina bezpośrednia | I87 | 1 badanie |  |
| fosfataza alkaiczna (ALP) | L11 | 1 badanie |  |
| aminotransferaza asparaginianowa (AST) | I19 | 1 badanie |  |
| aminotransferaza alaninowa (ALT) | I17 | 1 badanie |  |
| gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP) | L31 | 1 badanie |  |
| amylaza | I25 | 1 badanie |  |
| kinaza keratynowa (CK) | M18 | 1 badanie |  |
| fosfataza kwaśna całkowita (ACP) | L15 | 1 badanie |  |
| czynnik reumatoidalny (RF) | K21 | 1 badanie |  |
| miano antystreptolizyn | U75 | 1 badanie |  |
| hormon tyreotropowy (TSH) | L69 | 1 badanie |  |
| antygen HBs – AgHBs | V39 | 1 badanie |  |
| VDRL | U79 | 1 badanie |  |
| FT3 | O55 | 1 badanie |  |
| FT4 | O69 | 1 badanie |  |
| PSA-Antygen swoisty dla stercza całkowity | I61 | 1 badanie |  |
| **Badanie moczu** |  |  |  |
| ogólne badanie moczu  | A01 | 1 badanie |  |
| ilościowe oznaczania białka  | A07 | 1 badanie |  |
| ilościowe oznaczania glukozy | A15 | 1 badanie |  |
| ilościowe oznaczanie wapnia | O75 | 1 badanie |  |
| ilościowe oznaczanie amylazy | I25 | 1 badanie |  |
| **Badanie kału** |  |  |  |
| badanie ogólne | A23 | 1 badanie |  |
| pasożyty | A21 | 1 badanie |  |
| krew utajona – metodą immunochemiczną | A17 | 1 badanie |  |
| **Badania układu krzepnięcia** |  |  |  |
| wskaźnik protrombinowy (INR) | G21 | 1 badanie |  |
| czas kaolinowo-kefalinowy (APTT) | G11 | 1 badanie |  |
| fibrynogen | G53 | 1 badanie |  |
| **Badania mikrobiologiczne** |  |  |  |
| posiew moczu z antybiogramem | 91.33 | 1 badanie |  |
| posiew wymazu z gardła z antybiogramem | 91.831 | 1 badanie |  |
| posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella | 90.92 | 1 badanie |  |
| **SUMA:** |  |  |  |

Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Podpis i pieczątka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY – cz. V**

Dane osobowe/ Nazwa firmy:

........................................................

 ........................................................

Osoba do kontaktu…………………………………..tel. …………………………………..

**CZ. V Badanie spirometryczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Badanie spirometryczne** | **Jednostka**  | **Cena brutto w zł** |
| Spirometria | 1 badanie |  |
| **SUMA:** |  |  |

Proponowane godziny świadczenia usług medycznych:

|  |  |
| --- | --- |
| Dni tygodnia | **Godziny przyjęć** |
| Poniedziałek |  |
| Wtorek |  |
| Środa |  |
| Czwartek |  |
| Piątek |  |

Podpis i pieczątka Oferenta