**Załącznik nr 1**

……………………………………………..

 (pieczątka oferenta)

**FORMULARZ CENOWY**

**Ceny brutto poszczególnych zakresów świadczeń:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **Szacunkowa****liczba usług**  | **Cena jednostkowa brutto****zł/usługa** | **Wartość brutto** **(w zł)****(liczba usług x****cena jedn. brutto)** |
| 1.\* | Konsultacja chirurgiczna | **270** |  |  |
| Konsultacja chirurgiczna z USG jamy brzusznej | **5** |  |  |
| **Razem:** | **275** | - |  |
| 2.\* | Konsultacja ginekologiczna | **60** |  |  |
| Konsultacja ginekologicznaz USG ginekologiczne | **55** |  |  |
| **Razem:** | **115** | - |  |
| 3. | Konsultacja pediatryczna | **5** |  |  |
| 4.\* | Konsultacja internistyczna(chorób wewnętrznych) | **60** |  |  |
| Konsultacja internistyczna (chorób wewnętrznych) z USG jamy brzusznej) | **10** |  |  |
| **Razem:** | **70** | - |  |
| 5. | Konsultacja diabetologiczna | **5** |  |  |
| 6.\*\*\* | Konsultacja anestezjologiczna | **5** |  |  |
| Resuscytacja krążeniowo-oddechowa | **3** |  |  |
| Resuscytacja oddechowa | **3** |  |  |
| Tracheotomia wspomagająca oddychanie | **3** |  |  |
| Intubacja dotchawiczna | **3** |  |  |
| Wkłucie do centralnego naczynia żylnego | **3** |  |  |
| **Razem:** | **20** | - |  |
| 7.\* | Badania endoskopii: | **-** | - | - |
| Gastroskopia | **10** |  |  |
| Gastroskopia z testem ureazowym | **3** |  |  |
| Gastroskopia z wycinkiem i badaniem histopatologicznym | **3** |  |  |
| Rektoskopia | **3** |  |  |
| Rektoskopia z wycinkiem | **3** |  |  |
| Kolonoskopia | **3** |  |  |
| Kolonoskopia z wycinkiem | **3** |  |  |
| **Razem:** | **28** | - |  |
| 8.\* | Badania RTG z opisem: | - | - | - |
| RTG żuchwy | **3** |  |  |
| RTG zatok nosa | **3** |  |  |
| RTG otoczenie kostne oczodołu | **3** |  |  |
| RTG kości jarzmowej | **3** |  |  |
| RTG czaszki w 2 projekcjach | **3** |  |  |
| RTG czaszki inne | **3** |  |  |
| RTG kręgosłupa szyjnego w 2 projekcjach | **3** |  |  |
| RTG kręgosłupa piersiowego w 2 projekcjach | **3** |  |  |
| RTG kręgosłupa L-S w 2 projekcjach | **3** |  |  |
| RTG kości krzyżowej i guzicznej | **3** |  |  |
| RTG kręgosłupa inne | **3** |  |  |
| Fistulografia ściany klatki piersiowej | **3** |  |  |
| RTG żeber | **3** |  |  |
| RTG mostka | **3** |  |  |
| RTG obojczyka | **3** |  |  |
| RTG klatki piersiowej – rutynowe | **10** |  |  |
| Urografia – kontrast jonowy | **3** |  |  |
| Urografia – kontrast niejonowy | **3** |  |  |
| RTG układu moczowego – inne – przeglądowe | **3** |  |  |
| RTG jamy brzusznej – przeglądowe na leżąco | **3** |  |  |
| RTG jamy brzusznej – promieniem poziomym | **3** |  |  |
| RTG barku | **3** |  |  |
| RTG kości ramienia | **3** |  |  |
| RTG stawu łokciowego | **3** |  |  |
| RTG kości przedramienia | **3** |  |  |
| RTG nadgarstka | **3** |  |  |
| RTG dłoni | **3** |  |  |
| RTG kości górnej – inne | **3** |  |  |
| RTG kości miednicy | **3** |  |  |
| RTG stawu biodrowego - inne | **3** |  |  |
| RTG kości udowej | **3** |  |  |
| RTG stawu kolanowego | **3** |  |  |
| RTG kości podudzia | **3** |  |  |
| RTG stawu skokowego | **3** |  |  |
| RTG stopy | **3** |  |  |
| RTG kończyny dolnej - inne | **3** |  |  |
| **Razem:** | **115** | - |  |
| **R a z e m:****(suma wszystkich punktów 1-8)** | **633** |  |  |

\* przy wyborze oferty pod uwagę będzie brana suma wartości wymienionego zakresu w danym punkcie,

\*\* z możliwością wykonania konsultacji anestezjologicznych w siedzibie Udzielającego zamówienia.

……………………, dnia ……………………. ......................................................................

 (czytelny podpis oferenta)