**Załącznik nr 1**

……………………………………………..

 (pieczątka oferenta)

**FORMULARZ CENOWY**

**Ceny brutto poszczególnych badań rezonansu magnetycznego:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badań** | **Szacunkowa liczba badań MR** | **Cena** **jednostkowa brutto** **zł/badanie** | **Wartość brutto** **(w zł)** **(liczba badań x cena jedn. Brutto)** |
| 1. | MR badanie innej okolicy anatomicznej (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) bez wzmocnienia kontrastowego | 8 |  |  |
| 2. | MR badanie dwóch innych okolic anatomicznych (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo-biodrowych) bez wzmocnienia kontrastowego | 2 |  |  |
| 3. | MR badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo-biodrowych) | 30 |  |  |
| 4. | MR badanie dwóch innych okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo-biodrowych)  | 2 |  |  |
| 5. | MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych bez wzmocnienia kontrastowego | 2 |  |  |
| 6. | MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych bez wzmocnienia kontrastowego | 2 |  |  |
| 7. | MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 2 |  |  |
| 8. | MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | 2 |  |  |
| 9. | Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym - MR | 2 |  |  |
| 10. | Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego | 2 |  |  |
| 11. | Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym – MR | 2 |  |  |
| **RAZEM:** | 56 |  |  |

..............................., dnia ............................ ................................................

 (podpis Oferenta)