**Załącznik nr 1**

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Zadanie 1. Badania biochemiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Chlorki w pocie |  |  |
|  | **Razem:** |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 2. Biopsje**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmian narządów powierzchniowych np. tarczyca, sutek, węzły chłonne (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **2** | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmian narządów położonych głęboko np. trzustka, wątroba, płuco, nerka, prostata (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **3** | Biopsja aspiracyjna grubo igłowa np. tarczyca, sutek, węzły chłonne (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **4** | Biopsja aspiracyjna grubo igłowa np. trzustka, wątroba, płuco, nerka, prostata (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 3. Konsultacje chirurgii naczyń**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja chirurgii naczyń |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 4. Konsultacje chirurgii szczękowo - twarzowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja chirurgii szczękowo - twarzowej |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 5. Konsultacje gastroenterologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja gastroenterologiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 6. Konsultacje hematologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja hematologiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 7. Konsultacje neurochirurgiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja neurochirurgiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 8. TK Angiografia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena***  ***za 1 badanie w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | TK angiografia |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 9. Badania toksykologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Zarodniki grzybów w kale |  |  |
| **2** | Zarodniki grzybów w kale po hegarze |  |  |
| **3** | Zarodniki grzybów w wymiocinach |  |  |
| **4** | Zarodniki grzybów w popłuczynach żołądkowych |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 10. Wysokospecjalistyczny transport noworodka lub wcześniaka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres świadczeń*** | ***Cena za godzinę pracy zespołu karetki*** | ***Cena za km (za przebyta trasę tam i z powrotem)*** |
| **1** | **Wysokospecjalistyczny transport o charakterze reanimacyjnym noworodka lub wcześniaka** |  |  |

……………………….. ...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**UWAGA:**

1. **Do oceny ofert Udzielający zamówienia przyjmie wartość ogólną całego zadania.**
2. **Udzielający zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych na wybrane przez Oferenta zadanie.**
3. **Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych na poszczególne pozycje w danym zadaniu.**