|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 15**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | BADANIE HISTOPATOLOGICZNE WYCINKA | 3200 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 16**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | BADANIE CYTOLOGICZNE (SZYJKA MACICY) | 6600 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 17**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | BADANIE CYTOLOGICZNE MOCZU | 2 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 18** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **EMG 1 mięśnia** | 30 |  |  |  |  |
| 2 | **Przewodnictwo włókien czuciowych jednego nerwu** | 3600 |  |  |  |  |
| 3 | **Przewodnictwo włókien ruchowych jednego nerwu** | 2100 |  |  |  |  |
| 4 | **Próba męczliwości** | 100 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 19** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **BAC tarczycy (biopsja cienkoigłowa z badaniem cytologicznym bez obrazowania USG)** | 20 |  |  |  |  |
| 2 | **BAC tarczycy z wizualizacją guza (biopsja cienkoigłowa jednej zmiany z obrazowaniem USG z badaniem cytologicznym obejmującym 2-4 rozmazów)** | 280 |  |  |  |  |
| 3 | **BAC narządu z wizualizacją guza (biopsja narządową cienkoigłowa z badaniem cytologicznym z obrazowaniem USG)** | 160 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 20** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Echokardiografia przezprzełykowa TEE** | 5 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 21** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Urografia** | 5 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 22** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **RTG przezprzełykowe z kontrastem / skopia** | 5 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 23** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Badanie urodynamiczne** | 80 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 24** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Kapilaroskopia** | 40 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 25** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Próba potowa** | 5 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 26** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Badanie psychologiczne dla kierowców pojazdów służbowych kat. B, T** | 300 |  |  |  |  |
| 2 | **Badanie psychologiczne dla operatorów wózków akumulatorowych** | 30 |  |  |  |  |
| 3 | **Badanie psychologiczne do pracy na wysokości** | 350 |  |  |  |  |
| 4 | **Badanie psychologiczne dla operatorów sprzętu budowlanego** | 30 |  |  |  |  |
| 5 | **Badanie psychologiczne dla operatorów suwnic** | 30 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………