**Załącznik nr 2**

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 1**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
|  CEA | 100 |  |  |  |  |  |  |
| AFP | 65 |  |  |  |  |  |  |
| CA 125 | 320 |  |  |  |  |  |  |
| CA 15-3 | 120 |  |  |  |  |  |  |
| CA 19-9 | 170 |  |  |  |  |  |  |
| PANEL PSA (TPSA, FPSA, wskaźnik %) | 250 |  |  |  |  |  |  |
| Panel ROMA (Ca 125+HE4+ROMA) | 130 |  |  |  |  |  |  |
| Marker HE4 | 240 |  |  |  |  |  |  |
| AMH | 10 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| ARO | 2 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| ALDOSTERON | 10 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| KALCYTONINA | 2 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| HORMON WZROSU | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| INSULINOPODOBNY CZYNNIK WZROSTU IGF - 1 | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| CHROMOGRANINA A | 1 |  |  |  |  |  |  |
| BETA 2 MIKROGLOBULINA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 17-OH PROGESTERON | 25 |  |  |  |  |  |  |
| ANDROSTENDION | 1 |  |  |  |  |  |  |
| KATECHOLAMINY (DZM) -adrenalina-noradrenalina-dopamina  | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| METOKSYKATECHOLAMINY(DZM)-metanefryna-normetanefryna-3-metoksytyramina | 5 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 17-KETOSTERYDY (DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 17-OH KORTYKOSTERYDY (DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| KWAS HOMOWANILINOWY(HVA DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| KWAS HYDROKSYINDOLOOCTOWY (5-HIAA DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| P/C p. receptorom TSH (TRAb) | 570 |  |  |  |  |  |  |
| TYREOGLOBULINA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| SHBG | 25 |  |  |  |  |  |  |
| P/C p. beta-2-GLIKOPROTEINIE IgG, IgM | 5 |  |  |  |  |  |  |
| HOMOCYSTEINA | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| HLA B27 | 20 |  |  |  |  |  |  |
| RÓŻYCZKA IgG | 140 |  |  |  |  |  |  |
| RÓŻYCZKA IgM | 140 |  |  |  |  |  |  |
| CYTOMEGALIA IgG | 90 |  |  |  |  |  |  |
| CYTOMEGALIA IgM | 90 |  |  |  |  |  |  |
| PROKALCYTONINA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C3 | 15 |  |  |  |  |  |  |
| DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C4 | 15 |  |  |  |  |  |  |
| INSULINA | 25 |  |  |  |  |  |  |
| GLUKOZA+INSULINA (TEST 2 PKT)  | 5 |  |  |  |  |  |  |
| GLUKOZA+INSULINA (TEST 3 PKT) | 5 |  |  |  |  |  |  |
| C-PEPTYD | 1 |  |  |  |  |  |  |
| P/C anty-GAD IgG (ilościowo) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| P/C anty IA2 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| AMONIAK | 20 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| MLECZANY | 20 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| GAZOMETRIA PODSTAWOWA (pH, pCO2, pO2, HCO3) | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| LIT (ilościowo) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| KARBAMAZEPINA | 5 |  |  |  |  |  |  |
| KWAS WALPROINOWY | 110 |  |  |  |  |  |  |
| GENTAMYCYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| WANKOMYCYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| DIGOKSYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| CERULOPLAZMINA | 3 |  |  |  |  |  |  |
| MIEDŹ (surowica) | 3 |  |  |  |  |  |  |
| METHEMOGLOBINA | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| Elektroforeza białek (surowica) | 30 |  |  |  |  |  |  |
| Elektroforeza białek (mocz) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| DEHYDROGENAZA MLECZANOWA | 45 |  |  |  |  |  |  |
| LIPAZA | 60 |  |  |  |  |  |  |
| WAPŃ ZJONIZOWANY (ISE) | 65 |  |  |  |  |  |  |
| FOSFATAZA KWAŚNA | 10 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza stabilizator do ACP. Cena badania zawiera koszt stabilizatora |
| KWAS FOLIOWY | 300 |  |  |  |  |  |  |
| FERRYTYNA | 305 |  |  |  |  |  |  |
| TRANSFERYNA | 60 |  |  |  |  |  |  |
| IMMUNOGLOBULINA IgA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| IMMUNOGLOBULINA IgG | 10 |  |  |  |  |  |  |
| IMMUNOGLOBULINA IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |
| ANTYKOAGULANT TOCZNIOWY | 15 |  |  |  |  |  |  |
| P/C p. KARDIOLIPINIE IgG, IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |
| FIBRYNOGEN | 105 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| HIV (PCR) test potwierdzający | 1 |  |  |  |  |  |  |
| RNA HCV (PCR) test potwierdzający | 5 |  |  |  |  |  |  |
| HBs Ag test potwierdzający | 2 |  |  |  |  |  |  |
| HBe Ag jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Anty- HBe jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Anty-HBc –total jakościowy | 160 |  |  |  |  |  |  |
| Anty –HBc IgM ilościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Anty - HAV Total jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Anty – HAV IgM ilościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| HSV IgG jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| HSV IgM jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| BRUCELOZA IgG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| BRUCELOZA IgM | 1 |  |  |  |  |  |  |
| YERSINIA ENTEROCOLITICA IgA | 230 |  |  |  |  |  |  |
| YERSINIA ENTEROCOLITICA IgG | 90 |  |  |  |  |  |  |
| YERSINIA ENTEROCOLITICA IgM | 45 |  |  |  |  |  |  |
| MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgM | 1 |  |  |  |  |  |  |
| MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgG | 25 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgA | 25 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG | 140 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgM | 60 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgA | 205 |  |  |  |  |  |  |
| KRZTUSIEC IgG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| KRZTUSIEC IgM | 1 |  |  |  |  |  |  |
| KRZTUSIEC IgA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| KIŁA FTA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| KIŁA TPHA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| KIŁA FTA ABS | 1 |  |  |  |  |  |  |
| TOXOCARA CANIS IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 2**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **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**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| P/C PRZECIW TRANSGLUTAMINAZIE TKANKOWEJ |
| 1 | Anty-tTG IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Anty-tTG IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWGLIDYNOWE |
| 2 | AGA IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| AGA IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWENDOMYZIALNE |
| 3 | EMA IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| EMA IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 3**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **6** | **7** | **8** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie (z wyłączeniem przypadków niewykonywania)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| **Bakter.** | **Mykolog.** | **Beztlenow.** |
|  | **WYMAZ Z GARDŁA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z** **JAMY USTNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z NOSA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z MIGDAŁKÓW** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z UCHA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z WORKA SPOJÓWKOWEGO** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z PĘPKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ ZE ZMIANY SKÓRNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z RANY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z** **OWRZODZENIA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z** **CZYRAKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ ZE STOPY CUKRZYCOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODLEŻYNY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ SPOD NAPLETKA**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z PRZEDSIONKA POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z RURKI TRACHEOTOMIJNEJ**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z POCHWY (GBS)**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU (GBS)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU (SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |
|  | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ (MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ KANAŁU SZYJKI MACICY****(MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ANTYGEN GDH I TOKSYNA A/B W KALE)**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTYGEN** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW MOCZU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW KAŁU**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW PLWOCINY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW NASIENIA**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW ROPY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW PŁYNU STAWOWEGO**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW KAŁU****(SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW/****WYMAZ INNY MATERIAŁ**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 4** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 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 1 wycinek** | 1800 |  |  |  |  |  |
| 2 | **Badania immunohistochemiczne** | 50 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

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

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 5** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 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)** | 3000 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

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

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 6** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Nasienia – badanie fizyko-morfologiczne** | 5 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

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

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 7** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 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 8** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **BAC tarczycy (pobrani i badanie materiału)** | 120 |  |  |  |  |
| 2 | **BAC cienkoigłowa narządu (pobranie i badanie materiału)** | 60 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 9** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 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 10** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 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 11** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 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 12** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Badanie urodynamiczne** | 20 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 13** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Kapilaroskopia** | 20 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 14** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 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 15** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 12 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** | 100 |  |  |  |  |
| 2 | **Badanie psychologiczne dla operatorów wózków akumulatorowych** | 10 |  |  |  |  |
| 3 | **Badanie psychologiczne do pracy na wysokości** | 100 |  |  |  |  |
| 4 | **Badanie psychologiczne dla operatorów sprzętu budowlanego** | 15 |  |  |  |  |
| 5 | **Badanie psychologiczne dla operatorów suwnic** | 15 |  |  |  |  |
| 6 | **Ocena widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie**  | 60 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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