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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 15** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 16** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | **Kolposkopia** | 12 |  |  |  |  |  |

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 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 18** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 19** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 20** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 21** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 22** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 23** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | 100 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | 12 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 26** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 27** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | **Bodypletyzmografia** | 5 |  |  |  |  |
| 2 | **Dyfuzja gazów DLCO** | 5 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 28** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | **Zespół cieśni nadgarstka w jednej ręce** | 120 |  |  |  |  |
| 2 | **Polineuropatia uogólniona** | 10 |  |  |  |  |
| 3 | **Badanie splotu nerwowego** | 10 |  |  |  |  |
| 4 | **Badanie 1 nerwu włókna czuciowe+ruchowe+fala f** | 120 |  |  |  |  |
| 5 | **Próba tężyczkowa** | 10 |  |  |  |  |
| 6 | **Próba miasteniczna** | 10 |  |  |  |  |
| 7 | **Badanie 1 mięśnia** | 60 |  |  |  |  |
| 8 | **Badanie w kierunku choroby neuronu ruchowego (SLA)** | 10 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

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