Załącznik Nr 1
do WKO

……………….., dnia ................ 2021 r.

**OFERTA KONKURSOWA**

1. Nazwa Oferenta: …………………………………………………………………………………………………………

.......................………………………………………………………………………………………….

Ulica …………………… Kod …………………… Miejscowość ...…………………………...........

NIP: ………………………………...

REGON: ……………………………

Bank……………………………............................................................................................................

Nr konta…………………………………………………………………..............................................

Telefon: ..................................................................................................................................................

Fax: ........................................................................................................................................................

2. Osoba upoważniona do podpisania umowy:

................................................................................................................................................................

3. Osoby odpowiedzialne za realizację przedmiotu konkursu ofert oraz nr telefonu kontaktowego:

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4. Cena brutto poszczególnych badań:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Szacunkowa liczba badań rocznie \*** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena jednostkowa badania (brutto)** | **Szacunkowa wartość roczna****brutto** |
| **TOMOGRAF KOMPUTEROWY** |
| **1.** | **TK piramid kości skroniowych (bez kontrastu)** | **10** |  |  |  |
| **2.** | **TK głowy i/lub szyi inne bez kontrastu i z kontrastem** | **960** |  |  |  |
| **3.** | **TK klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem** | **480** |  |  |  |
| **4.** | **TK jamy brzusznej i miednicy małej bez kontrastu i z kontrastem** | **240** |  |  |  |
| **5.** | **TK angiografia** | **192** |  |  |  |
| **6.** | **TK kręgosłupa/ kości** | **480** |  |  |  |
| **REZONANS MAGNETYCZNY** |
| **1.** | **Rezonans magnetyczny mózgu/ pnia bez kontrastu** | **20** |  |  |  |
| **2.** | **Rezonans magnetyczny mózgu/pnia z kontrastem** | **2** |  |  |  |
| **3.** | **Angiomr głowy bez kontrastu** | **2** |  |  |  |
| **4.** | **Angiomr głowy z kontrastem** | **2** |  |  |  |
| **5.** | **Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu** | **2** |  |  |  |
| **6.** | **Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem** | **2** |  |  |  |
| **7.** | **Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu** | **2** |  |  |  |
| **8.** | **Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego z kontrastem** | **20** |  |  |  |
| **9.** | **Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu** | **20** |  |  |  |
| **10.** | **Rezonans magnetyczny kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem** | **2** |  |  |  |
| **11.** | **Rezonans magnetyczny układu mięśniowo- szkieletowego – kończyny górnej bez kontrastu** | **2** |  |  |  |
| **12.** | **Rezonans magnetyczny układu mięśniowo- szkieletowego – kończyny górnej z kontrastem** | **2** |  |  |  |
| **13.** | **Rezonans magnetyczny układu mięśniowo- szkieletowego – kończyny dolnej bez kontrastu** | **2** |  |  |  |
| **14.** | **Rezonans magnetyczny układu mięśniowo- szkieletowego – kończyny dolnej z kontrastem** | **2** |  |  |  |
| **15.** | **Rezonans magnetyczny miednicy, pęcherza, stercza bez kontrastu** | **20** |  |  |  |
| **16.** | **Rezonans magnetyczny miednicy, pęcherza, stercza z kontrastem** | **10** |  |  |  |
| **17.** | **Rezonans magnetyczny (jamy brzusznej) innych okolic i miejsc nieokreślonych bez kontrastu** | **20** |  |  |  |
| **18.** | **Rezonans magnetyczny (jamy brzusznej) innych okolic i miejsc nieokreślonych z kontrastem** | **20** |  |  |  |
| **EMG** |
| **1.** | **Przewodzenie we włóknach ruchowych + Fala F** | **240** |  |  |  |
| **2.** | **Przewodzenie we włóknach czuciowych** | **240** |  |  |  |
| **3.** | **Badanie ilościowe jednego mięśnia** | **2** |  |  |  |
| **4.** | **Próba miasteniczna z iniekcją** | **2** |  |  |  |
| **5.** | **Próba miasteniczna bez iniekcji** | **2** |  |  |  |
| **6.** | **Wzrokowe potencjały wywołane** | **2** |  |  |  |
| **RTG** |
| **1.** | **RTG klatki piersiowej** | **600** |  |  |  |
| **2.** | **RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego**  | **320** |  |  |  |
| **3.** | **RTG kręgosłupa odcinka piersiowego** | **320** |  |  |  |
| **4.** | **RTG kręgosłupa odcinka szyjnego**  | **320** |  |  |  |
| **5.** | **RTG kostki/stopy** | **480** |  |  |  |
| **6.** | **RTG kości barku i ramienia** | **160** |  |  |  |
| **7.** | **RTG kości łokcia/przedramienia** | **160** |  |  |  |
| **8.** | **RTG nadgarstka/dłoni** | **160** |  |  |  |
| **9.** | **RTG uda/kolana/podudzia** | **200** |  |  |  |
| **10.** | **RTG zatok nosa** | **240** |  |  |  |
| **11.** | **RTG czaszki** | **480** |  |  |  |
| **12.** | **RTG stawów biodrowych** | **800** |  |  |  |
| **13.** | **RTG stawów kolanowych** | **600** |  |  |  |
| **14.** | **RTG stawów ramiennych** | **400** |  |  |  |
| **15.** | **RTG przewodu pokarmowego** | **150** |  |  |  |
| **16.** | **RTG żeber** | **100** |  |  |  |

\* Szacunkowe ilości poszczególnych badań podane w niniejszym wykazie służą tylko do wyliczenia wartości ofertowej, dla porównania ofert i nie mogą być podstawą jakichkolwiek roszczeń wybranego Oferenta w stosunku do Udzielającego zamówienia.

................................................

data i podpis Oferenta