

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Nazwa Oferenta i miejsce wykonywania świadczeń

Zakres II - badania mikrobiologiczne na terenie miasta Słupsk

L.p	Rodzaj badania wykonanego w dniu zgłoszenia pacjenta	Szacunkowa ilość badań wykonywanych w ciągu 12-stu miesięcy	Cena jednostkowa brutto wraz z opisem	Wartość brutto za okres 12 m-cy	Max. czas oczekiwania na wynik
1	Posiew moczu	100	0,00 zł	0,00 zł	
2	Posiew wymazów z gardła, nosa, ucha i inne	60	0,00 zł	0,00 zł	
3	Posiew płowiny	40	0,00 zł	0,00 zł	
4	Posiew z pochwy, szyjki macicy, cewki moczowej	85	0,00 zł	0,00 zł	
5	Posiew w kierunku GBS	60	0,00 zł	0,00 zł	
6	Posiew w kierunku grzybic	135	0,00 zł	0,00 zł	
7	Posiew wymazów z gardła, nosa, ucha i inne w kierunku grzybów	100	0,00 zł	0,00 zł	
8	Antybiogram	170	0,00 zł	0,00 zł	
9	Identyfikacja	170	0,00 zł	0,00 zł	
RAZEM			x	0,00 zł	

.....
data:

.....
pieczęć i podpis Oferenta

UWAGA! POWYŻSZY FORMULARZ CENOWY ZAWIERA AUTOMATYCZNE FUNKCJE - NALEŻY UZUPEŁNIĆ KOLUMNĘ D I F. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA ZAZNACZA, ŻE NINIEJSZY FORMULARZ JEST TYLKO WZOREM I TO DO OFERENTA NALEŻY PRAWIDŁOWE OBLICZENIE CENY