Załącznik nr 2

Zakres II - badanie TK wraz z zakresem diagnostyki DILO 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	Wartośc brutto za okres 12 m-cy	Max. czas oczekiwania na wynik	Max. czas oczekiwania na wynik tryb pilny- cito	Max. czas oczekiwania na wynik tryb DILO
1	TK mózgowia bez kontrastu (bk)	5		0,00 zł			
2	TK mózgowia z kontrastem (zk)	10		0,00 zł			
3	TK twarzoczaszki bk	2		0,00 zł			
4	TK twarzoczaszki zk	2		0,00 zł			
5	TK HR oczodołów bk	2		0,00 zł			
6	TK HR oczodołów zk	1		0,00 zł			
7	TK HR kości skroniowych bk	1		0,00 zł			
8	TK HR zatok obocznych nosa bk	1		0,00 zł			
9	TK HR szczęki i żuchwy	1		0,00 zł			
10	TK szyi bk	1		0,00 zł			
11	TK szyi zk	1		0,00 zł			
12	TK klatki piersiowej z nadbrzuszem bk	10		0,00 zł			
13	TK klatki piersiowej z nadbrzuszem zk	20		0,00 zł			
14	Tk klatki piersiowej niskodawkowe	5		0,00 zł			
15	TK HR klatki piersiowej z nadbrzuszem bk	2		0,00 zł			
16	TK jamy brzusznej bk	10		0,00 zł			
17	TK jamy brzusznej zk	20		0,00 zł			
18	TK miednicy bk	10		0,00 zł			
19	TK miednicy zk	20		0,00 zł			
20	TK jamy brzusznej i miednicy bk	10		0,00 zł			
21	TK jamy brzusznej i miednicy zk	40		0,00 zł			
22	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy bk	1		0,00 zł			
23	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy zk	30		0,00 zł			
24	TK kręgosłupa szyjnego z rekonstrukcjami bk	2		0,00 zł			
25	TK kręgosłupa piersiowego z rekonstrukcjami bk	2		0,00 zł			
26	TK kręgosłupa lędźwiowego L-S z rekonstrukcjami bk	2		0,00 zł			
27	TK kończyny bk	1		0,00 zł			
28	TK kończyny zk	1		0,00 zł			
RAZEM			**x**	**0,00 zł**	**x**	**x**	**x**

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA ZAZNACZA, ŻE NINIEJSZY FORMULARZ JEST TYLKO WZOREM I TO DO OFERENTA NALEŻY PRAWIDŁOWE OBLICZENIE CENY.