*Załącznik do Formularza oferty*

ARKUSZ CENOWY

**Pakiet nr 1 - Tomografia komputerowa pacjentów hospitalizowanych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Ilość badań na okres 12 m-cy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=3x4 |
|  | TK klatki piersiowej bez kontrastu + rekonstrukcja 3D | 20 |  |  |
|  | TK klatki piersiowej z kontrastem | 20 |  |  |
|  | TK głowy z kontrastem | 5 |  |  |
|  | TK głowy bez kontrastu | 5 |  |  |
|  | TK jamy brzusznej z kontrastem | 20 |  |  |
|  | TK jamy brzusznej bez kontrastu | 20 |  |  |
|  | TK miednicy mniejszej z kontrastem | 10 |  |  |
|  | TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem | 10 |  |  |
|  | HRCT spiralne | 15 |  |  |
|  | Angio TK klatki piersiowej | 5 |  |  |
|  | Angio TK aorty brzusznej | 5 |  |  |
|  | Angio TK tt płucnych z kontrastem | 5 |  |  |
|  | TK tkanek miękkich szyi z kontrastem + rekonstrukcja 3D | 5 |  |  |
|  | TK kręgosłupa + rekonstrukcje | 5 |  |  |
|  | TK dwóch okolic anatomicznych bez kontrastu | 5 |  |  |
|  | TK dwóch okolic anatomicznych z kontrastem | 5 |  |  |
| 15. | Tk mózgowia z kontrastem | 5 |  |  |
| 16. | TK kończyn górnych lub dolnych z kontrastem | 5 |  |  |
| Razem |  |  |

**Warunki :**

1. Kontrast niejonowy + venflon wliczony w cenę badania.
2. **Transport pacjentów na badania w gestii Udzielającego zamówienia.**
3. Dostępność badania w dni robocze w godzinach od 8:00 do 18:00.
4. Udzielający zamówienia zwraca uwagę, iż w ramach niniejszego postepowania będą wykonywane badania również pacjentom wysokozakaźnym.
5. **Czas oczekiwania na badanie ............. \* h (max.24).**
6. **Czas oczekiwania na wynik (płytka oraz opis wyniku) planowo ................. \* h (max. 24 ),**
**cito – od razu.**
7. W przypadku awarii aparatu na okres dłuższy niż 3 dni, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje
 się zapewnić wykonanie badań w innej placówce i pokryć różnicę w cenie.
8. Miejsce wykonania badań oddalone max 25 km od siedziby Udzielającego zamówienia.
9. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość podwykonawstwa.

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

 podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu Oferenta

 *Załącznik do Formularza oferty*

ARKUSZ CENOWY

**Pakiet nr 2 – Rezonans magnetyczny pacjentów hospitalizowanych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Ilość badań na okres 12 m-cy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=3x4 |
|  | MR głowy z kontrastem | 40 |  |  |
|  | MR jamy brzusznej z kontrastem | 40 |  |  |
|  | MR kręgosłupa z kontrastem | 15 |  |  |
|  | MR kręgosłupa bez kontrastu | 10 |  |  |
|  | MR stawu kolanowego bez kontrastu | 10 |  |  |
|  | MR stawu biodrowego/barkowego bez kontrastu | 5 |  |  |
|  | MR cholangio bez kontrastu | 40 |  |  |
|  | MR miednicy mniejszej z kontrastem | 10 |  |  |
|  | MR pnia mózgu, kanału kręgowego, układu mięśniowego - bez kontrastu | 10 |  |  |
|  | MR pnia mózgu, kanału kręgowego, układu mięśniowego - z kontrastem | 10 |  |  |
|  | MR innych narządów i części ciała - bez kontrastu | 10 |  |  |
|  | MR innych narządów i części ciała - z kontrastem | 10 |  |  |
| Razem |  |  |

Warunki :

* 1. Kontrast niejonowy + wenflon wliczony w cenę badania.
	2. **Transport pacjentów na badania w gestii Udzielającego zamówienia.**
	3. Dostępność badania w dni robocze w godzinach od 8:00 do 18:00,
	4. Udzielający zamówienia zwraca uwagę, iż w ramach niniejszego postepowania będą wykonywane badania również pacjentom wysokozakaźnym.
	5. **Czas oczekiwania na badanie ……. \* h (max. 48).**
	6. **Czas oczekiwania na wynik (płytka oraz opis wyniku) planowo …….\* h (max. 96); cito - od razu.**
	7. W przypadku awarii aparatu w okresie dłuższym niż 3 dni, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się zapewnić wykonanie badań w innej placówce i pokryć różnicę w cenie.
	8. Miejsce wykonywania badań oddalone max 25 km od siedziby Udzielającego zamówienia.
	9. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość podwykonawstwa.

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

 podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu Oferenta

*Załącznik do Formularza oferty*

ARKUSZ CENOWY

**Pakiet nr 3 - Tomografia komputerowa pacjentów Poradni Diagnostyki i Terapii AIDS (KAOS)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Ilość badań na okres 12 m-cy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=3x4 |
| 1. | TK klatki piersiowej bez kontrastu + rekonstrukcja 3D | 10 |  |  |
| 2. | TK klatki piersiowej z kontrastem | 15 |  |  |
| 3. | TK głowy z kontrastem | 8 |  |  |
| 4. | TK głowy bez kontrastu | 5 |  |  |
| 5. | TK jamy brzusznej z kontrastem | 10 |  |  |
| 6. | TK jamy brzusznej bez kontrastu | 5 |  |  |
| 7. | TK miednicy mniejszej z kontrastem | 3 |  |  |
| 8. | TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem | 3 |  |  |
| 9. | TK kręgosłupa + rekonstrukcje | 3 |  |  |
| Razem |  |  |

**Warunki :**

1. Dostępność badania w dni robocze w godzinach od 8:00 do 18:00,
2. Czas oczekiwania na badanie ............. \* (max 48 h),

3. Czas oczekiwania na wynik (płytka oraz opis wyniku) ................. \* (max 48 h),

 4. W przypadku awarii aparatu na okres dłuższy niż 5 dni, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje
 się zapewnić wykonanie badań w innej placówce i pokryć różnicę w cenie.

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

 podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu Oferenta

 *Załącznik do Formularza oferty*

ARKUSZ CENOWY

**Pakiet nr 4 – Rezonans magnetyczny pacjentów Poradni Diagnostyki i Terapii AIDS (KAOS)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Ilość badań na okres 12 m-cy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=3x4 |
| 1. | MR głowy z kontrastem | 10 |  |  |
| 2. | MR jamy brzusznej z kontrastem | 8 |  |  |
| 3. | MR kręgosłupa z kontrastem | 2 |  |  |
| 4. | MR kręgosłupa bez kontrastu | 2 |  |  |
| 5. | MR innych narządów i części ciała - bez kontrastu | 1 |  |  |
| 6. | MR innych narządów i części ciała - z kontrastem | 1 |  |  |
| Razem |  |  |

**Warunki :**

1. Dostępność badania w dni robocze w godzinach od 8:00 do 18:00,
2. Czas oczekiwania na badanie ............. \* (max 48 h),

3. Czas oczekiwania na wynik (płytka oraz opis wyniku) ................. \* (max 96 h),

 4. W przypadku awarii aparatu na okres dłuższy niż 5 dni, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje
 się zapewnić wykonanie badań w innej placówce i pokryć różnicę w cenie.

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

 podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu Oferenta