**ZAŁACZNIK NR 5**

**I. Badania diagnostyczne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L | **Badania diagnostyczne w tym:** | Oferowana cena brutto w zł za jedno badanie  lub % od punktu rozliczeniowego. |
| **I.** | 1. Badania UKG 2. Badania histopatoloiczne. 3. Badania cytologiczne. 4. Badania histopatologiczne śródoperacyjne. 5. Badania endoskopowe i kolonoskopii 6. Badanie USG 7. Badania USG (przepływy- Doopller) 8. Badania TK 9. Badanie biopsja cienkoigłowa 10. Zdalny opis badań TK techniką teleradiologii i dostarczanie wyników badań do SP ZOZ w Myszkowie: 11. Jednofazowe: TK głowy, TK kręgosłupa odcinków C, Th oraz L, TK stawów i kości, TK kości skroniowych, TK płuc techniką HRCT, TK zatok obocznych nosa, TK twarzoczaszki. 12. Dwufazowe: TK głowy, TK kręgosłupa odcinków C, Th oraz L, TK stawów i kości, TK kości skroiowych, TK płuc, TK zatok obocznych nosa, TK twarzoczaszki, TK jamy brzusznej, TK miednicy mniejszej, TK szyi. 13. Wielofazowe: TK jamy brzusznej, TK miednicy mniejszej. 14. Badania angiograficzne: angio TK naczyń wewnątrzczaszkowych, angio TKnaczyń wewnątrzczaszkowych, angio TK naczyń płucnych, angio TK aorty piersiowej, angio TK aorty brzusznej i naczyń biodrowych, angio TK naczyń trzewnych w tym nerkowych, angio TK kończyn dolnych. 15. Badania EMG w tym:   -Badanie szybkości przewodzenia we włóknach  ruchowych i czuciowych nerwu z fala F  -bad.szybk przewodz. we włóknach ruchowych  nerwu  -bad.szybk.przewodz.wewłókn czuciowych nerwu  -badanie jednego mięśnia  -próba miasteniczna  -próba tężyczkowa | **………………………………………**  **…………………………………….**  **……………………………………**  **……………………………………**  **…………………………………..**  **……………………………………**  **……………………………………**  **………………………………………..**  **……………………………………….**  **……………………………………**  **……………………………………..**  **…………………………………….**  **..……………………………………**  **……………………………………..**  **……………………………………..**  **………………………………………**  **…………………………………….**  **……………………………………..**  **……………………………………….**  **………………………………………..**  **……………………………………………**  **…………………………………………..**  **………………………………………….**  **………………………………………….**  **………………………………………….** |

1. Oferujemy termin płatności do 14-dni od dnia przekazania rachunku do Zamawiającego każdego miesiąca, za miesiąc

poprzedni .

……………………………….. …………………………………………..

Miejscowość, data podpis oferenta (pieczęć)

Załączniki:

1.Kserokopia aktualnego wpisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej.

2.Dane identyfikacyjne Oferenta. Regon , NIP– kserokopia.

. 3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu zawierająca numer oraz dyplomu

specjalizacji z danej dziedziny.

4.Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od

odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń,

5.Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą

w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

6. Lista osób świadczących usługi (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje-prawo

wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji /