**ZAŁACZNIK NR 5**

**I. Badania diagnostyczne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L | **Badania diagnostyczne w tym:** | Oferowana cena brutto w zł za jedno badanielub % 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. Procedury uroginekologiczne i ginekologia onkologiczna.
11. Zdalny opis badań TK techniką teleradiologii i dostarczanie wyników badań do SP ZOZ w Myszkowie:
12. 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.
13. 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.
14. Wielofazowe: TK jamy brzusznej, TK miednicy mniejszej.
15. 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.
16. Badania EMG w tym:

 -Badanie szybkości przewodzenia we włóknachruchowych 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 /