**Formularz cenowy- badania histopatologiczne Załącznik Nr 2**

**Zadanie Nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie histopatologiczne z zakresu przewodu pokarmowego, badanie endoskopowe | 400  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie histopatologiczne z zakresu urologii  | 50  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie histopatologiczne z zakresu położnictwa i ginekologii  | 805  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie histopatologiczne z zakresu chirurgii ogólnej  | 1900 |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 5**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie histopatologiczne z zakresu układu oddechowego bronchoaspiratu  | 200  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 6**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Ocena preparatu biopsji aspiracyjnej i cienkoigłowej  | 600  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 7**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Ocena preparatu biopsji gruboigłowej  | 40  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 8**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie histopatologiczne śródoperacyjne  | 17  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Formularz cenowy- Badania cytologiczne**

**Zadanie Nr 9**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie immunohistochemiczne  | 140  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 10**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Ocena preparatu cytologii ginekologicznej  | 200  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 11**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Ocena preparatu cytologii złuszczeniowej (płyny, plowocina, wymazy szczoteczkowe,mocz)  | 1225  |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie

**Zadanie Nr 12**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania  | Szacunkowa ilość badań rocznie  | Cena jednostkowa netto w zł  | Cena jednostkowa brutto w zł  | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E |  E x F |
| 1. | Badanie cytologiczne bronchoaspiratu  | 400 |  |  |  |

 ………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Podpis Przyjmującego Zamówienie