**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