**FORMULARZ OFERTY**

 **……….…………….………………………………..………….**

Miejscowość i data

**Nazwa podmiotu leczniczego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………..**

**NIP: REGON:**

**Adres podmiotu leczniczego : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………**

| **Lp.** | **NAZWA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO** | **Miejsce udzielania świadczenia** | **CENA PRZEPROWADZENIA 1 BADANIA - KONSULTACJI** | **OBSADA/PERSONEL MEDYCZNY** | **Wyposażenie w aparaturę diagnostyczną** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W granicach administracyjnych miasta Olsztyna** | **Na terenie powiatu olsztyńskiego**  | **netto** | **brutto** | **Lekarz****liczba udzielających świadczenia w podmiocie**  | **Pielęgniarka****liczba udzielających świadczenia w podmiocie** | **w siedzibie podmiotu leczniczego** | **poza siedzibą podmiotu leczniczego** |
|  | **KONSULTACJE** |
| **1** | Konsultacja internistyczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **2** | Konsultacja kardiologiczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **3** | Konsultacja laryngologiczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **4** | Konsultacja okulistyczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **5** | Konsultacja chirurgiczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **6** | Konsultacja neurologiczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **7** | Konsultacja ortopedyczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **8** | Konsultacja urologiczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **9** | Konsultacja ginekologiczna  |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
| **10** | Konsultacja psychiatryczna |  |  |  |  |  | **-** | **-** |
|  | **PSYCHOLOG** |
| **11** | Konsultacja psychologiczna  |  |  |  |  | **-** | **-** | **-** |
|  | **BADANIA**  |
| **12** | Badanie echo serca |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Badanie próba wysiłkowa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Badanie Holter |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | EKG  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | Badanie laboratoryjne – morfologia  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | Badanie laboratoryjne – mocz |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | Badanie laboratoryjne – OB |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | Badanie laboratoryjne – poziom cukru |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RTG** |
| **20** | RTG nosogardzielowa bez kontrastu (1 projekcja)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | RTG zatok nosa (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | RTG nosa (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | RTG kości twarzy (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | RTG żuchwy (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | RTG oczodołu (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** | RTG czaszki (p.a. i boczna) (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** | RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** | RTG kręgosłupa odcinka piersiowego - (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** | RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **30** | RTG kręgosłupa – inne (1 projekcja – cały kręgosłup) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **31** | RTG kręgosłupa – inne (2 projekcja – cały kręgosłup) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **32** | RTG żeber (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **33** | RTG mostka (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **34** | RTG obojczyków (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **35** | RTG klatki piersiowej (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **36** | RTG klatki piersiowej + bok (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **37** | RTG płuc – (bok) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **38** | RTG jamy brzusznej przeglądowe (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **39** | RTG kości barku i ramienia (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **40** | RTG kości łokcia/przedramienia (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **41** | RTG nadgarstka/dłoni (palec) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **42** | RTG kości miednicy/biodra (1 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **43** | RTG kości miednicy/biodra + osiowe (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **44** | RTG uda/kolana/podudzia, rzepka (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **45** | RTG obu kolan  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **46** | RTG kostki/stopy (palce) (2 projekcja) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **OBSERWACJA SZPITALNA** |
| **47** | Obserwacja szpitalna – zabiegowe oddziały szpitalne | **---------------------------------** |  |  | **---------------------------** |
| **48** | Obserwacja szpitalna – zachowawcze oddziały szpitalne | **---------------------------------** |  |  | **------------------------------** |

Podpis(y) osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy