**Załącznik nr 1.**

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

Wybrane zakresy oferty\*:

* CZĘŚĆ I – Bronchoskopia – Pakiet onkologiczny
* CZĘŚĆ II – Cystoskopia przezcewkowa – Pakiet onkologiczny
* CZĘŚĆ III - Badania kolposkopowe

\* właściwe zaznaczyć X

2. Oferty cenowe:

Część I

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BRONCHOSKOPIA**  | **Jednostka** | **CENA (w zł)** |
| Bronchoskopia  | 1 badanie |  |
| Bronchoskopia z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych | 1 badanie |  |

Część II

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CYSTOSKOPIA** | **Jednostka** | **CENA (w zł)** |
| Cystoskopia przezcewkowa | 1 badanie |  |
| Cystoskopia przezcewkowa z biopsją i pobraniem materiału do badań | 1 badanie |  |

Część III

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KOLPOSKOPIA** | **Jednostka** | **CENA (w zł)** |
| Kolposkopia | 1. badanie |  |

3. Godziny udzielania świadczeń:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Harmonogramy** | Cz. I | Cz. II | Cz. III |
| Poniedziałek |  |  |  |
| Wtorek |  |  |  |
| Środa |  |  |  |
| Czwartek |  |  |  |
| Piątek |  |  |  |
| Sobota |  |  |  |

Osoba wskazana do kontaktu w zakresie złożonej oferty……………………………………..

Tel. ………………………………

…………………………………

(Data i podpis Oferenta)