# Załącznik nr 2 do SKO

**FORMULARZ CENOWY**

**Oferuję udzielanie świadczenia zdrowotnego w poniższym zakresie:**

**BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rezonans Magnetyczny – jedna okolica** | **Szacunkowa liczba badań (rocznie)** | **Cena** **bez kontrastu** **(w zł)** | **Szacunkowa liczba badań (rocznie)** | **Cena** **z kontrastem (w zł)** |
| **Badanie MR jednej okolicy** | 1 200 |  | 720 |  |
| **Badanie MR stawu dużego: bark, kolano** | 10 |  | 5 |  |
| **Badanie MR stawu małego: łokieć, nadgarstek** | 5 |  | 40 |  |
| **Badanie MR Dynamiczne: miednica, prostata, jama brzuszna, przysadka i inne dynamiczne** | 5 |  | 40 |  |

.............................................................. ............................................

 Miejsce i data Podpis