# Załącznik nr 2 do SKO

**FORMULARZ CENOWY**

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

**BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tomografia komputerowa – jedna okolica** | **Szacunkowa liczba badań (rocznie)** | **Cena** **bez kontrastu****(w zł)** | **Szacunkowa liczba badań (rocznie)** | **Cena** **z kontrastem****( w zł)** |
| **TK – Głowy** | 1 520 |  | 120 |  |
| **TK – Kostne – Stawu – Kręgosłupa** | 300 |  | 40 |  |
| **TK – klatki piersiowej - jamy brzusznej – miednicy - angio** | 230 |  | 1 500 |  |
| **Badanie wykonane poza godzinami pracy pracowni + .......... zł – jedna okolica (badanie w gotowości)** |

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

 Miejsce i data Podpis