# Załącznik nr 2 do SKO

**FORMULARZ CENOWY**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Szacunkowa liczba badań****(rocznie)** | **Cena jednostkowa (brutto)** |
| **1** | Badanie histopatologiczne 1 bloczka | **5 000** |  |
| **2** | Badanie cytologiczne 1 narządu | **70** |  |
| **3** | Badanie śródoperacyjne 1 narządu  | **5** |  |
| **4** | Badanie BAC (biopsja cienkoigłowa) | **300** |  |
| **5** | Badanie immunohistochemiczne | **300** |  |
| **6** | Konsultacja histopatologiczna | **6** |  |
| **7** | HER 2 metodą FISH | **10** |  |
| **8** | Sekcja zwłok | **10** |  |

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

 Miejsce i data Podpis