

**FORMULARZ CENOWY**

## Część A)

## Badania histopatologiczne w tym śródoperacyjne

| Lp.    | Nazwa badania   | Szacunkowa ilość badań na okres 12 miesięcy | Cena jednostkowa brutto za 1 badanie | Wartość na okres 12 miesięcy | Termin wykonania badania |
|--------|---|---|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1.     | Rutynowe badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwnikiem HE | 8000  |                                      |                              | do 5 dni                 |
| 2.     | Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG   | 70  |                                      |                              | do 3 dni                 |
| RAZEM: |   |   |                                      |                              |                          |

## Część B)

## Badania cytologiczne

| Lp.    | Nazwa badania                                 | Szacunkowa ilość badań na okres 12 miesięcy | Cena jednostkowa brutto za 1 badanie | Wartość na okres 12 miesięcy | Termin wykonania badania |
|--------|---|---|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1.     | Badania cytologiczne (płynów i złuszczeniowe) | 60  |                                      |                              | do 3 dni                 |
| RAZEM: |   |   |                                      |                              |                          |

## Część C)

## Badania immunohistochemiczne

| Lp.    | Nazwa badania                         | Szacunkowa ilość badań na okres 12 miesięcy | Cena jednostkowa brutto za 1 badanie | Wartość na okres 12 miesięcy | Termin wykonania badania |
|--------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1.     | Badanie immunohistochemiczne - ogólne | 200   |                                      |                              | do 10 dni                |
| RAZEM: |                                       |   |                                      |                              |                          |

UWAGA: należy wycenić wszystkie pozycje formularza cenowego. Brak wyceny świadczeń w którejkolwiek pozycji spowoduje odrzucenie oferty.

Sumaryczna wartość części A + B + C wynosi: ..... PLN

Data i podpis (osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

\_\_\_\_\_