**Załącznik nr 1**

**Formularz asortymentowo – ilościowo – cenowy**

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

(pieczątka Oferenta) (miejscowość i data)

**PAKIET NR 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Lp.*** | ***Name*** | ***Liczba badań na 24 m-ce*** | ***Cena netto za badanie*** | ***VAT*** | ***Cena brutto za badanie*** | ***Wartość netto*** | ***Wartość brutto*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Badania cytologiczne | 5450 |  |  |  |  |  |

**Pojęcie „wymaz” lub „posiew” dotyczy wykonania pełnego badania bakteriologicznego wraz z posiewem, identyfikacją oraz antybiogramem( w uzasadnionych przypadkach).**

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

(pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych przez Oferenta)

**Formularz asortymentowo – ilościowo – cenowy**

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

(pieczątka Oferenta) (miejscowość i data)

**PAKIET NR 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Lp.*** | ***Name*** | ***Liczba badań na 24 m-ce*** | ***Cena netto za badanie*** | ***VAT*** | ***Cena brutto za badanie*** | ***Wartość netto*** | ***Wartość brutto*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | posiew moczu | 2500 |  |  |  |  |  |
| 2 | wymaz z gardła | 620 |  |  |  |  |  |
| 3 | wymaz z nosa | 200 |  |  |  |  |  |
| 4 | wymaz z ucha | 450 |  |  |  |  |  |
| 5 | wymaz z rany | 300 |  |  |  |  |  |
| 6 | wymaz z pochwy | 180 |  |  |  |  |  |
| 7 | wymaz ze skóry | 40 |  |  |  |  |  |
| 8 | wymaz z odbytu | 130 |  |  |  |  |  |
| 9 | posiew krwi | 2000 |  |  |  |  |  |
| 10 | posiew płynu z jam ciała | 220 |  |  |  |  |  |
| 11 | posiew kału | 120 |  |  |  |  |  |
| 12 | posiew plwociny | 30 |  |  |  |  |  |
| 13 | posiew aspiratu z dróg oddechowych | 420 |  |  |  |  |  |
| 14 | posiew PMR | 30 |  |  |  |  |  |
| 15 | Test lateksowy w płynie mózgowo- rdzeniowym | 15 |  |  |  |  |  |
| 16 | Test QuantiFERON TB | 8 |  |  |  |  |  |
| 17 | badania czystościowe | 120 |  |  |  |  |  |
| 18 | *Clostridium difficile* toksyna A i B w kale | 70 |  |  |  |  |  |
| 19 | wymaz w kierunku GBS | 520 |  |  |  |  |  |
| 20 | Posiew ropy | 35 |  |  |  |  |  |
|  | WARTOŚĆ OGÓŁEM: | - |  |  |  |  |  |

.

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

(pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych przez Oferenta)