**FORMULARZ CENOWY**

**Zakres 1. Oddziały szpitalne- konsultacje z zakresu chirurgii naczyniowej**

**- specjalista chirurgii Naczyniowej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość konsultacji w okresie trwania  umowy  (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość konsultacji | Stawka wynagrodzenia za 1 konsultację brutto  . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistę chirurgii naczyniowej | 72 konsultacje |  |  |  |

 ................................dnia.............................. . …………........................................................

(podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY**

**Zakres 2 - Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym- porady i konsultacje neurochirurgiczne**

**- specjalista neurochirurg**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość konsultacji w okresie trwania  umowy  (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość konsultacji | Stawka wynagrodzenia za 1 konsultację brutto  . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistę neurochirurga | 84 konsultacji |  |  |  |

 ................................dnia.............................. . …………........................................................

(podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY**

**Zakres 3. Oddziały szpitalne z wyłączeniem SOR- konsultacje torakochirurgiczne, wykonywanie   
 badań bronchofiberoskopii , zabieg drenażu jamy opłucnej**

**- specjalista chirurgii ogólnej, specjalista chirurgii klatki piersiowej.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość usług do wykonania w okresie trwania  umowy  (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość konsultacji/ badań/  zabiegów | Stawka wynagrodzenia za 1 konsultacje/badanie/  zabieg brutto  . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych, polegających na przeprowadzaniu:  a) konsultacji torakochirurgicznymi  b) wykonywaniu badań bronchofiberoskopii  c) zabiegi drenażu jamy opłucnej | a) 12 konsultacji  b) 4 badania  c) 4 zabiegi | a) konsultacje  b) badania  c) zabiegi | a)  b)  c) | a)  b)  c) |

 ................................dnia.............................. . …………........................................................

(podpis i pieczęć Oferenta)