 ***Załącznik nr 2 do SWKO****podmiot leczniczy /praktyka indywidualna*

#### FORMULARZ OFERTY - OFERTA CENOWA

**OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH**   
 **W ZAKRESIE RADIOLOGII**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Procedury** | **liczba badań możliwych do wykonania przez Oferenta/rok \*** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość** |
| **REZONANS MAGNETYCZNY** |  |  |  |
| Rezonans magnetyczny (inny niż wymieniony poniżej) |  |  |  |
| RM prostaty wieloparametryczne z oceną PIRADS |  |  |  |
| RM brzuch/trzustka/wątroba/miednica |  |  |  |
| **RADIOLOGIA KLASYCZNA:** |  |  |  |
| RTG klasyczne |  |  |  |
| Opis badania RTG (reumatologiczne, pediatryczne) |  |  |  |
| **PROCEDURY WEWNĄTRZNACZYNIOWE (PRACOWNIA ANGIOGRAFII):** |  |  |  |
| **A) Diagnostyczne** |  |  |  |
| Angiografia: mózgowa (CCA,VA), TT kończyn dolnych,TT. Kończyn górnych, tt. Trzewnych, tt, miednicy, łuku aorty, tt. Nerkowych, |  |  |  |
| Flebografia (żył kończyn górnych, dolnych, centralnych) |  |  |  |
| Wenografia żył centralnych |  |  |  |
| **B) Zabiegi na naczyniach obwodowych:** |  |  |  |
| Zabieg na tt. Kończyn (PTA i/lub Stent) |  |  |  |
| Implantacja cewnika do trombolizy (tromboliza celowana obwodowa) |  |  |  |
| Tromboliza celowana obwodowa z użyciem zestawu (np. Prenumbra) |  |  |  |
| **C) Różne zabiegi:** |  |  |  |
| Implantacja filtra do żyły główniej dolnej (VCI) |  |  |  |
| Embolizacja (narządu, guza i w przypadku ostrego krwawienia) |  |  |  |
| Embolizacja naczyniaka obwodowego/tętniaka np. tt trzewnych |  |  |  |
| Chemoembolizacja TACE |  |  |  |
| Usuwanie ciała obcego z układu naczyniowego |  |  |  |
| Inne nietypowe procedury wewnątrznaczniowe |  |  |  |
| Fluoroskopia zabiegowa np. asysta do wertebroplastyki |  |  |  |
| **D) Zabiegi Neuroradiologii zabiegowej** |  |  |  |
| Embolizacja tętniaka |  |  |  |
| Embolizacja naczyniaka wewnątrzczaszkowego |  |  |  |
| Implantacja stentu mózgowego |  |  |  |
| Trombektomia mechaniczna w udarach mózgu |  |  |  |
| **Dyżur “pod telefonem”( do trombektomii mechanicznej w udarach mózgu / h** |  |  |  |

Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy........................................................miesięcy

…………………………………………...............…………

(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)