***Załącznik do umowy 1 nr.....................***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa świadczenia zdrowotnego** |  **Szacunkowa roczna ilość badań** | **Proponowana cena jednostkowa (PLN)** | **Maksymalny czas wykonania badania**  | **Czas wykonania badania cito ( nie może być dłuższy niż 48h)** |
| **1.** | **PET/CT ze znakowaną węglem-11 metioniną** | **30** |  |  |