Załącznik nr 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferowane świadczenia usług medycznych**

**w zakresie wykonywania**

**BADAŃ EEG wraz z ich opisem**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badania** | **Nazwa metody** | **Sprzęt wykorzystywany do wykonania badania** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Czas oczekiwania na badania (nie dłużej niż 14 dni)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **8** |
| 1. | Badanie EEG z opisem |  |  |  |  |  |

**Badania będą wykonywane:**

**w dniach……………………………………………….............**

**w godzinach: od ……………………. do …………………….**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis Oferenta