Załącznik nr 2

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferowane świadczenia usług medycznych**

**w zakresie wykonywania badań patomorfologicznych**

**(barwienie wraz z oceną odczynów)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Cena**  **Jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Czas oczekiwania na**  **Wykonanie usługi** |
| **1** | **ER (estrogen receptor)**  **[cena za jedno oznaczenie]** |  |  |  |
| **2** | **PR (progesteron receptor)**  **[cena za jedno oznaczenie]** |  |  |  |
| **3** | **HER 2 [cena za jedno oznaczenie]** |  |  |  |
| **4** | **Odczyn – Ki 67**  **[cena za jedno oznaczenie]** |  |  |  |

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

Data i czytelny podpis Oferenta