Załącznik nr 2

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferowane świadczenia usług medycznych**

**w zakresie wykonywania**

**BADAŃ ELEKTROFIZJOLOGICZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badania** | **Nazwa metody** | **Sprzęt wykorzysty-wany do wykonania badania** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Czas oczekiwania na badania oraz wynik** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1. | EMG – badanie jednego mięśnia elektrodą koncentryczną |  |  |  |  |  |
| 2. | Elektrostymulacja, próba męczliwości 1 mięśnia |  |  |  |  |  |
| 3. | Badanie przewodzenia we włóknach ruchowych nerwu + fala F |  |  |  |  |  |
| 4. | Badanie przewodzenia we włóknach czuciowych nerwu |  |  |  |  |  |
| 5. | Próba ischemiczna |  |  |  |  |  |
| 6. | Potencjały wywołane somatosensoryczne: - Stymulacja kończyn górnych  - Stymulacja kończyn dolnych |  |  |  |  |  |

**Badania będą wykonywane:**

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

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

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

Data i czytelny podpis Oferenta