Załącznik nr 2

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferowane świadczenia usług medycznych**

**w zakresie wykonywania**

**BADAŃ Z ZAKRESU MEDYCYNY NUKLEARNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Nazwa metody** | **Sprzęt wykorzystany do wykonania badania** | **Rodzaj badania wykonywanego w ZMN CSKIS** | **Cena jednostkowa netto/brutto**  **[zł]** | **Czas oczekiwania na badanie** | **Czas oczekiwania na wynik badania** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Scyntygrafia perfuzyjna serca |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Scyntygrafia perfuzyjna płuc |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Scyntygrafia kości |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Renoscyntygrafia z dekonwolucją |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Scyntygrafia nerek |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Renoscyntygrafia – kompleksowa ocena nadciśnienia |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Renoscyntygrafia – kompleksowa ocena nefropatii |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Scyntygrafia perfuzyjna mózgu |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Cholescyntygrafia |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Klirens wątrobowy |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Scyntygrafia ognisk zapalnych |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Terapia izotopowa – Stront |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Terapia izotopowa – Samar |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Scyntygrafia żywotności m.sercowego MIBI (SPECT) + test nitroglicerynowy |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Angiokardiografia radioizotopowa techniką „bramkową” (obciążeniowa-dobutaminą i spoczynkowa) |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Angiokardiografia radioizotopowa techniką I przejścia znacznika |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Scyntygrafia perfuzji i kurczliwości mięśnia sercowego |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Renoscyntygrafia z testem kaptoprylowym |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Scyntygrafia perfuzyjna kończyn dolnych |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Cystografia radioizotopowa |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Scyntygrafia puli krwi w wątrobie (SPECT) – naczyniaki |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Scyntygrafia wątroby i śledziony |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Scyntygrafia ślinianek |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Scyntygrafia przełyku |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Scyntygrafia opróżniania żołądka |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Mieloscyntygrafia |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Limfoscyntygrafia węzła wartowniczego lub kończyn dolnych |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Scyntygrafia guzów neuroendokrynnych |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Scyntygrafia guzów neurogennych (MIBG) – u dzieci |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Scyntygrafia rdzenia nadnerczy (MIBG) – u dorosłych |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Scyntygrafia kory nadnerczy (NORCHOLL) |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Scyntygrafia przytarczyc |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Dwu-/trójfazowa scyntygrafia kośćca |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Mammoscyntygrafia |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Scyntygrafia ropni (LEUKO-Scan) |  |  |  |  |  |  |

**Badania będą wykonywane:**

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

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

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

Data i czytelny podpis Oferenta