Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych proponuję należność zgodnie z cennikiem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Liczba przyjęta dla celów ustalenia wartości oferty  i procedury porównawczej** | **Cena**  **jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** | **Czas oczekiwania**  **na wyniki** |
| **Laboratoryjne badania mikrobiologiczne** | | | | | |
| 1 | wymaz z błony śluzowej jamy ustnej w celu identyfikacji grzybów drożdżopodobnych i pleśniowych  - bez Mycogramu, | 200 |  |  |  |
| 2 | wymaz z błony śluzowej jamy ustnej w celu identyfikacji grzybów drożdżopodobnych i pleśniowych  - z Mycogramem, | 70 |  |  |  |
| 3 | wymaz z jamy ustnej u pacjentów ze zmianami zlokalizowanymi na błonie śluzowej jamy ustnej  – bez antybiogramu | 200 |  |  |  |
| 4 | wymaz z jamy ustnej u pacjentów ze zmianami zlokalizowanymi na błonie śluzowej jamy ustnej  – z antybiogramem | 60 |  |  |  |
| 5 | wymaz z gardła u pacjentów ze zmianami zlokalizowanymi na błonie śluzowej gardła – bez antybiogramu | 200 |  |  |  |
| 6 | wymaz z gardła u pacjentów ze zmianami zlokalizowanymi na błonie śluzowej gardła – z antybiogramem | 50 |  |  |  |
| 7 | wymaz z rany w obrębie jamy ustnej - bez antybiogramu | 30 |  |  |  |
| 8 | wymaz z rany w obrębie jamy ustnej - z antybiogramem | 10 |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **XXX** |