**Zakres rzeczowo-finansowy oferty – scyntygrafia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Szacunkowa****ilość badań****na rok** | **Cena brutto za badanie** | **Łączna wartość badań brutto** |
| 1 | Scyntygrafia tarczycy | **3** |  |  |
| 2 | Badanie scyntygraficzne narządowe planarne | **2** |  |  |
| 3 | Badanie narządowe techniką SPECT | **2** |  |  |
| 4 | Scyntygrafia całego ciała WHOLE BODY | **54** |  |  |
| 5 | Scyntygrafie klirensowe (renoscyntygrafia, scyntygrafia dróg żółciowych) | **2** |  |  |
| 6 | Próba kaptoprilowa | **2** |  |  |
| 7 | Limfoscyntygrafia | **10** |  |  |
| 8 | Scyntygrafia z pochodnymi somatostatyny (Oktreoscan) | **1** |  |  |
| 9 | Scyntygrafia tarczycy – jodowa (131-1) | **2** |  |  |
| 10 | Scyntygrafia perfuzyjna pluc | **2** |  |  |
| **Łączny koszt badań wymienionych w pkt. 1-10** | **90** |  |  |

 ……………………………………………………..

 Oferent