*Załącznik nr 2 do SWKO*

....................................... ............................................ (pieczątka Wykonawcy) (miejscowość i data)

## FORMULARZ CENOWY

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. dra

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

 Oferujemy wykonanie zabiegów ablacji w zakresie procedur:

1. Ablacje zaburzeń rytmu (JGP **E43** ) ablacja przezskórna prądem RF (ICD9 – 37.342) -szacowana liczba zabiegów ok. **23/12 m-cy**

2. Diagnostyka inwazyjna zaburzeń rytmu serca( JGP **E44**) badanie elektrofizjologiczne ( ICD9 – 37.261) – szacowana liczba zabiegów ok. **12/12 m-cy**

3. Ablacja prosta zaburzeń rytmu z wykorzystaniem Systemu elektroanatomicznego 3D (JGP **E46**) ICD 9 – 37.272 i 37.342) – szacowana liczba zabiegów ok. **12/12 m-cy**

4. Ablacja złożona zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D (JGP E **47**) (ICD 9- 37.342) – szacowana liczba zabiegów ok. **14/12 m-cy**

5. Ablacja migotania przedsionków - izolacja żył płucnych (JGP **E48**) (ICD 9 – 37.342) – szacowana liczba zabiegów ok**. 23/12 m-cy**

W/w procedury będą realizowane wg stawki stanowiącej **…………. %** wynagrodzenia otrzymanego przez Udzielającego Zamówienie zgodnie z obowiązującą w danym roku umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. ( wycena punktowa procedury razy aktualna cena za 1 punkt określona przez NFZ dla świadczeń objętych umową.)

 Zabiegi będą wykonywane w siedzibie Zamawiającego w Pracowni Elektrofizjologii.

 .................................................................

 (pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie lub osób upoważnionych przez Przyjmującego Zamówienie )