*Załącznik nr 2 do SWKO*

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi medycznej** | **Szacunkowa ilość usług w ciągu 12 miesięcy.** | **Cena jednostkowa**  **brutto zł** | **Łączna wartość**  **brutto zł** |
| **1.** | **Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny**  **pierwsza usługa w danym miesiącu – czas zabiegu do 7 godz.** | **12** |  |  |
| **2.** | **Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny**  **pierwsza usługa w danym miesiącu – czas zabiegu powyżej 7 godz. do 10 godz.** | **2** |  |  |
| **3.** | **Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny**  **druga i kolejna usługa w danym miesiącu – czas zabiegu do 7 godz.** | **20** |  |  |
| **4.** | **Neurofizjologiczny monitoring śródoperacyjny**  **druga i kolejna usługa w danym miesiącu – czas zabiegu powyżej 7 godz. do 10 godz.** | **2** |  |  |
|  | **Razem brutto** |  |  |  |

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

Data, pieczątka i podpis Oferenta