

FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**Pakiet nr 1 Badania mammograficzne bez kontrastu**

| Lp. | Nazwa badania | Przewidywana ilość na 36 miesięcy | Dostęp do badań | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
|-----------------|---------------|-----------------------------------|----------------------|------------------|---------------|-----|----------------|
| 1 | Mammografia | 250 | pn-pt 8:00- 14:00 | | | zw. | |
| Ogółem wartość: | | | | | | zw. | |

Udzielający Zamówienia poprzez wykonanie świadczenia rozumie każdorazowe przeprowadzenia badania wraz z opisem podpisanym przez lekarza specjalistę radiologii i diagnostyki obrazowej

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis osoby uprawnionej)

