**Załącznik nr 3**

**OFERTA CENOWA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z kalkulacją cenową przedstawioną poniżej**:

**PRACE PROTETYCZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj pracy protetycznej** | **Warunki****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia****minimalnych wymagań****spełnia/nie spełnia\*** |
|  | **Warunki ogólne dotyczące prac na NFZ:** |  |  |
| 1. | Wykonanie protezy akrylowej. | TAK | **spełnia/nie spełnia** |
| 2. | Wykonanie napraw protez akrylowych [czynności dla odtworzenia funkcji lub poszerzenia zakresu ruchomej protezy (naprawy) w większym zakresie z wyciskiem – *świadczenie obejmuje odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem, 1 raz na 2 lata*]. | TAK | **spełnia/nie spełnia** |
| 3. | Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z ukształtowaniem obrzeża – dla szczęki *(świadczenie jest udzielane 1 raz na 2 lata)*.  | TAK | **spełnia/nie spełnia** |
| 4. | Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża – dla żuchwy - *(świadczenie jest udzielane 1 raz na 2 lata)*.  | TAK | **spełnia/nie spełnia** |
| 5. | Gwarancja na prace wykonane w ramach NFZ wynosi minimum jeden rok | TAK | **spełnia/nie spełnia** |
| 6. | Okres czasu na wykonanie etapu pracy protetycznej w ramach NFZ maksimum pięć dni roboczych. | TAK | **spełnia/nie spełnia** |
| 7. | Koszty i transport prac protetycznych zapewnia pracownia | TAK | **spełnia/nie spełnia** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj pracy protetycznej** | **Ilość** | **Cena jednostkowa****brutto** |
| 1. | Wykonanie protezy akrylowej. |  |  |
| 2. | Wykonanie napraw protez akrylowych [czynności dla odtworzenia funkcji lub poszerzenia zakresu ruchomej protezy (naprawy) w większym zakresie z wyciskiem – *świadczenie obejmuje odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych w większym zakresie z wyciskiem, 1 raz na 2 lata*]. |  |  |
| 3. | Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z ukształtowaniem obrzeża – dla szczęki *(świadczenie jest udzielane 1 raz na 2 lata).*  |  |  |
| 4. | Całkowite podścielenie jednej protezy w sposób pośredni, włącznie z czynnościowym ukształtowaniem obrzeża – dla żuchwy - *(świadczenie jest udzielane 1 raz na 2 lata)*.  |  |  |

### PRACE ORTODONTYCZNE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj pracy ortodontycznej** | **Warunki****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia****minimalnych wymagań****spełnia/nie spełnia\*** |
|  | **Prace w ramach NFZ:** |  |  |
| 1.. | LECZENIE APARATEM ORTODONTYCZNYM RUCHOMYM, JEDNOSZCZĘKOWYM.- płytka Schwarza górna i dolna | **TAK** | **spełnia/nie spełnia** |
| 2. | LECZENIE APARATEM ORTODONTYCZNYM RUCHOMYM, DWUSZCZĘKOWYM NIEELASTYCZNYM. | **TAK** | **spełnia/nie spełnia** |
| - Klammt | **TAK** | **spełnia/nie spełnia** |
| - Metzelder | **TAK** | **spełnia/nie spełnia** |
| 3. | Naprawa aparatu ruchomego z wyciskiem  | **TAK** | **spełnia/nie spełnia** |
| 4. | Proteza dziecięca częściowa | **TAK** | **spełnia/nie spełnia** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj pracy ortodontycznej** | **Ilość** | **Cena jednostkowa****brutto** |
| 1. | LECZENIE APARATEM ORTODONTYCZNYM RUCHOMYM, JEDNOSZCZĘKOWYM.- płytka Schwarza górna i dolna |  |  |
| 2. | LECZENIE APARATEM ORTODONTYCZNYM RUCHOMYM, DWUSZCZĘKOWYM NIEELASTYCZNYM. |  |  |
| - Klammt |  |  |
| - Metzelder |  |  |
| 3. | Naprawa aparatu ruchomego z wyciskiem  |  |  |
| 4. | Proteza dziecięca częściowa |  |  |

…................................................. ……………………………………………

 / data / / podpis Wykonawcy /

**\*niepotrzebne skreślić**