*Obrazac 1.*

***Naručitelj:***

*REPUBLIKA HRVATSKA*

***OPĆINSKI SUD U OSIJEKU***

*Europska avenija 7, 31000 OSIJEK*

*OIB: 38625793303*

***SPECIFIKACIJA S OPISOM USLUGE***

***- ZA ŽENE I MUŠKARCE***

***Napomena:*** *Cijena kompletnog pojedinačnog sistematskog pregleda je fiksna i iznosi =500,00 kn s PDV-om po osobi*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *OPIS USLUGE ZA ŽENE*  | *Okvirna količina* | *Upisati odgovarajući redak stupca 3. DA ukoliko ponuditelj nudi uslugu opisanu u stupcu 1., ukoliko istu ne nudi upisati NE (Ukoliko ponuditelj nudi dio usluga, navesti koje)* |
| *Laboratorijska dijagnostika: SE, KKS, GUK, trigliceridi, bilirubin, kreatinin, Fe, Kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, AST, ALT, GGT, urati* | *52* |  |
| *Urin – kompletna pretraga* | *52* |  |
| *UZV abdomena (jetre, žučnog i mokraćnog mjehura, žučnih vodova, gušterače, slezene bubrega)* | *52* |  |
| *EKG s očitanjem* | *52* |  |
| *UZV dojki* | *52* |  |
| *Pregled ginekologa: transvaginalna sonografija (TVS), PAPA test* | *52* |  |
| *Internistički pregled i završno mišljenje* | *52* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *Dodatne usluge (upisati zdravstvene usluge, odnosno preglede ako se dodatno nude uz osnovne usluge)* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *OPIS USLUGE ZA MUŠKARCE* | *Okvirna količina* | *Upisati odgovarajući redak stupca 3. DA ukoliko ponuditelj nudi uslugu opisanu u stupcu 1., ukoliko istu ne nudi upisati NE (Ukoliko ponuditelj nudi dio usluga, navesti koje)* |
| *Laboratorijska dijagnostika: SE, KKS, GUK, trigliceridi, bilirubin, kreatinin, Fe, Kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, AST, ALT, GGT, urati* | *13* |  |
| *Urin – kompletna pretraga* | *13* |  |
| *UZV abdomena* | *13* |  |
| *Specifični prostatični antigen (PSA)* | *13* |  |
| *UZV prostate* | *13* |  |
| *EKG s očitanjem* | *13* |  |
| *Internistički pregled i završno mišljenje* | *13* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *Dodatne usluge (upisati zdravstvene usluge, odnosno preglede ako se dodatno nude uz osnovne usluge)* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| *Posebni uvjeti pružanja usluga:* |  |  |
| *Vađenje krvi, uzimanje urina u prostorijama Naručitelja* |  |  |
| *Korištenje gotovog laboratorijskog nalaza pri dolasku na sistematski pregled uz obavljanje sistematskog pregleda na jednoj lokaciji na području grada Osijeka unutar jednog dana* |  |  |

*U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020. godine*

 *Ponuditelj*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Tiskano upisati ime i prezime ovlaštene osobe ponuditelja)*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Vlastoručni potpis ovlaštene osobe ponuditelja)*

 *M.P.*