**Załącznik nr 4b**

**OFERTA REALIZACJI ZADANIA**

…………………………

*Pieczęć oferenta*

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY NA ROK ……..**

**(wypełnić w przypadku wnioskowania o realizację zadania w zakresie choroby von Hippel-Lindau)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  |  | **Zakres świadczeń** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt (w zł)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | **Wprowadzenie do rejestru** | **Koszty wprowadzenia rodziny do rejestru** | zidentyfikowanie pacjenta spełniającego kryteria kwalifikacji do VHL; opis obciążenia oraz wprowadzenie do rejestru; koszt koordynacji działań |  |  |  |
| badanie nosicielstwa mutacji genu *VHL* |  |  |  |
| wizyta lekarska z wydaniem wyniku konsultacji genetycznej oraz edukacją pacjenta |  |  |  |
| 2. | **Objęcie opieką pacjentów z VHL** | **Koszty opieki nad jedną kobietą** | coroczna konsultacja przez lekarza;  |  |  |  |
| MRI głowy i rdzenia kręgowego |  |  |  |
| USG jamy brzusznej |  |  |  |
| TK (lub MRI) jamy brzusznej |  |  |  |
| konsultacja okulistyczna; badanie dna oka w lustrze Goldmana |  |  |  |
| **RAZEM:** | **..... zł** |

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

 Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

 do reprezentowania oferenta