***Załącznik nr 1- FORMULARZ CENOWY***

Pakiet Nr 1 Rezonans magnetyczny

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań / 36 miesięcy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | Rezonans magnetyczny z opisem podstawowy | 1500 |  |  |
| 2. | Rezonans magnetyczny z opisem z kontrastem | 500 |  |  |
|  | **RAZEM** | x | x |  |

1. Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi

( w szczególności rejestr pacjentów zawierający imię i nazwisko, adres oraz rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego).

1. Badania będą wykonywane na podstawie skierowań, wystawianych przez lekarzy zatrudnionych u Udzielającego Zamówienia i muszą być zakończone wynikiem.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonania w/w badań w następujących terminach:
3. tryb pilny- do 24 godzin po uprzednim telefonicznym powiadomieniu Przyjmującego Zamówienie,
4. tryb planowy – po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu wykonania terminu badań.
5. Czas oczekiwania na wynik winien być maksymalnie skrócony, zależnie od rodzaju i charakteru badania.
6. Badania powinny być wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia danej dziedziny medycznej z zakresu wykonywanego badania dla Udzielającego Zamówienia.
7. Forma udostępniania wyników – pisemna i/lub elektroniczna.

………………………………

Miejscowość, data

……………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY***

Pakiet Nr 2 Mammografia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań / 36 miesięcy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | Mammografia z opisem | 50 |  |  |
|  | **RAZEM** | x | x |  |

1. Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi

( w szczególności rejestr pacjentów zawierający imię i nazwisko, adres oraz rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego).

1. Badania będą wykonywane na podstawie skierowań, wystawianych przez lekarzy zatrudnionych u Udzielającego Zamówienia i muszą być zakończone wynikiem.
2. Termin wykonania badania - jak najszybszy, w zależności od potrzeb pacjentki, nie dłuższy niż 7 dni.
3. Czas oczekiwania na wynik winien być maksymalnie skrócony, zależnie od rodzaju i charakteru badania.
4. Badania powinny być wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia danej dziedziny medycznej z zakresu wykonywanego badania dla Udzielającego Zamówienia.
5. Forma udostępniania wyników – pisemna i/lub elektroniczna.

……………………………………

Miejscowość, data

………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY***

Pakiet Nr 3 USG piersi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań / 36 miesięcy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | USG piersi | 400 |  |  |
|  | **RAZEM:** | x | x |  |

1. Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi

( w szczególności rejestr pacjentów zawierający imię i nazwisko, adres oraz rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego).

1. Badania będą wykonywane na podstawie skierowania z poradni ginekologiczno- położniczej, dostarczonego przez kierowaną pacjentkę i muszą być zakończone wynikiem.
2. Termin wykonania badania - jak najszybszy, w zależności od potrzeb pacjentki.
3. Czas oczekiwania na wynik winien być maksymalnie skrócony, zależnie od rodzaju i charakteru badania.
4. Badania powinny być wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia danej dziedziny medycznej z zakresu wykonywanego badania dla Udzielającego Zamówienia.
5. Wyniki badań odbierane będą przez pacjentkę, której badania dotyczą.

……………………………………

Miejscowość, data

………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY***

Pakiet Nr 4 Densytometria

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań / 36 miesięcy | Cena j jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | Densytometria centralna z szyjki kości udowej z opisem | 30 |  |  |
| 2. | Densytometria centralna z kręgosłupa lędźwiowego z opisem | 30 |  |  |
| 3. | Densytometria centralna z szyjki kości udowej i kręgosłupa lędźwiowego z opisem | 30 |  |  |
|  | **RAZEM:** | x | x |  |

1. Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi

( w szczególności rejestr pacjentów zawierający imię i nazwisko, adres oraz rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego).

1. Badania będą wykonywane na podstawie skierowań..
2. Skierowania na badania wystawiane będą przez lekarzy poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej, oraz sporadycznie , przez lekarzy oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej.
3. Czas oczekiwania na wynik winien być maksymalnie skrócony, zależnie od rodzaju i charakteru badania.
4. Badania powinny być wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia danej dziedziny medycznej z zakresu wykonywanego badania dla Udzielającego Zamówienia.
5. Forma udostępniania wyników – pisemna i/lub elektroniczna.

………………………………………….

Miejscowość, data

………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY***

Pakiet Nr 5 Badania histopatologiczne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań/ 36 miesięcy | Cena jednostkowa  brutto | Wartość brutto |
| 1. | Badanie histopatologiczne – cena za jedną kostkę ( bloczek) parafinowy | 9500 |  |  |
| 2. | Badanie płynów z jam ciała (cytologia płynów) | 100 |  |  |
| 3. | Badanie immunohistochemiczne | 500 |  |  |
| 4. | Konsultacje preparatów cytologicznych  ginekologicznych | 100 |  |  |
| 5. | Badanie immunohistochemiczne testu HER – 2 | 500 |  |  |
| 6. | Biopsja Aspiracyjna Cienkoigłowa  (BAC) | 10 |  |  |
| 7. | Cytologia na podłożu płynnym LBC W zestawie podłoże, szczoteczka, skierowanie | 300 |  |  |
| 8. | Test HPV DNA genotypujący 14 wysokoonkogennych typów HPV 16,18,45,31,51,52,33,58,59,56,66,35,39,68 | 200 |  |  |
| 9. | CINtec PLUS ( p-16/ki-67 | 100 |  |  |
| 10. | Cytologia LBC + HR HPV 14 | 200 |  |  |
| 11. | Cytologia LBC + HR HPV 14-mCINtec PLUS | 40 |  |  |
| 12. | Pakiet poczwórny:  Chlamydia trachomatis + Ureaplasma sp. + Mycoplasma hominis wraz z zestawem do pobrania | 10 |  |  |
| 13. | Chlamydia trachomatis- DNA | 10 |  |  |
| 14. | Neisseriagonorhoeae DNA | 10 |  |  |
| 15. | HSV 1, HSV 2-DNA | 10 |  |  |
| 16. | Diagnostyka wybranych preparatów cytologicznych wraz z wybarwieniem i ocena w obowiązującym systemie Bethesda | 500 |  |  |
|  | **RAZEM:** | x | x |  |

1. Oferent winien własnym transportem odbierać pobrany materiał z laboratorium 1 raz w tygodniu oraz dostarczać wyniki w/w badań 1 raz w tygodniu,
2. Oferent dostarczy wyniki badań do laboratorium w terminie do 7 dni od daty odebrania materiału do badań
3. W przypadku pozycji nr 4 Oferent dostarczy wyniki badań w terminie do 5 dni od daty odebrania materiału do badań.
4. Możliwość wykonania badania cito w pilnych przypadkach wcześniej uzgodnionych z Oferentem do 3 dni minimum.
5. Oferent udostępni wyniki w/w badań za pomocą poczty elektronicznej lub drogą internetową.
6. Oferent dostarczy druki skierowań na w/w badania.
7. Oferent określi sposób pobrania oraz przechowywania materiałów do badań do momentu odbioru.
8. Badania powinny być wykonywane przez wykwalifikowane osoby, specjalistę patomorfologa z II stopniem specjalizacji oraz z doświadczeniem. (Oferent winien dołączyć do oferty dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje do wykonywania w/w badań)
9. Wymaga się, dla poz. 4, tj. Konsultacji preparatów cytologicznych ginekologicznych aby wykonywane były przez specjalistę patomorfologa z doświadczeniem w cytodiagnostyce ginekologicznej (Oferent winien dołączyć do oferty dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje do wykonywania w/w badań)
10. Wymaga się, dla poz. 4 formułowania wyników badań metodą opisową — wyłącznie wg. systemu Bethesda, w dwóch egzemplarzach.
11. Wymaga się, dla poz. 4, zwrotu preparatów cytologicznych i opakowań, wraz z wynikami.

………………………………………….

Miejscowość, data

………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY***

Pakiet Nr 6 Badania histopatologiczne śródoperacyjne

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań / 36 miesięcy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | Badania histopatologiczne śródoperacyjne | 100 |  |  |
|  | **RAZEM:** | x | x |  |

………………………………………….

Miejscowość, data

………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY***

Pakiet Nr 7 – Badania EMG

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań / 36 miesięcy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | Badania EMG | 30 |  |  |
|  | **RAZEM:** | x | x |  |

1. Oferent będzie prowadził dokumentację medyczną wymaganą przepisami szczegółowymi

( w szczególności rejestr pacjentów zawierający imię i nazwisko, adres oraz rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego).

1. Badania będą wykonywane na podstawie skierowań, wystawianych przez lekarzy zatrudnionych u Udzielającego Zamówienia i muszą być zakończone wynikiem.
2. Badania planowe powinny być wykonane w ciągu miesiąca, natomiast pilne – do 7 dni.
3. Badania powinny być wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia danej dziedziny medycznej z zakresu wykonywanego badania dla Udzielającego Zamówienia.
4. Forma udostępniania wyników – pisemna i/lub elektroniczna.

………………………………………….

Miejscowość, data

………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1 - FORMULARZ CENOWY***

**Pakiet nr 8 Badania laboratoryjne**

**TABELA 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Szacunkowa ilość badań / 36 miesięcy** | **Materiał** | **Czas oczekiwania** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** | |
| **I. Diagnostyka chorób tarczycy** | | | | | | | |
| 1. | T3 (trójjodotyronina) | 25 |  |  |  |  | |
| 2. | T4 (tyroksyna) | 25 |  |  |  |  | |
| 3. | Anty TG (p/c przeciw tyreoglobulinie) | 120 |  |  |  |  | |
| 4. | Anty TPO (p/c przeciw peroksydazie tarczycowe) | 30 |  |  |  |  | |
| 5. | Tyreoglobulina | 30 |  |  |  |  | |
| 6. | p/c przeciw receptorom TSH (TRAb) | 60 |  |  |  |  | |
| **II. Hormony płciowe** | | | | | | | |
| 1. | FSH | 300 |  |  |  |  | |
| 2. | LH | 300 |  |  |  |  | |
| 3. | PRL (prolaktyna) | 300 |  |  |  |  | |
| 4. | Estradiol | 300 |  |  |  |  | |
| 5. | Progesteron | 300 |  |  |  |  | |
| 6. | Testosteron całkowity | 50 |  |  |  |  | |
| 7. | DHEAS | 40 |  |  |  |  | |
| 8. | Androstendion | 30 |  |  |  |  | |
| 9. | 17-OH progesteron | 10 |  |  |  |  | |
| 10. | Estriol | 300 |  |  |  |  | |
| 11. | Hormon anty Millerowski | 30 |  |  |  |  | |
| 12. | SHBG | 20 |  |  |  |  | |
| 13. | Testosteron wolny | 120 |  |  |  |  | |
| **III. Pozostałe hormony** | | | | | | | |
| 1. | Parahormon | 60 |  |  |  |  | |
| 2. | Kortyzol | 90 |  |  |  |  | |
| 3. | ACTH | 30 |  |  |  |  | |
| 4. | Hormon wzrostu | 10 |  |  |  |  | |
| **IV. Markery nowotworowe** | | | | | | | |
| 1. | CEA | 100 |  |  |  |  | |
| 2. | CA 19,9 | 90 |  |  |  |  | |
| 3. | CA-15,3 | 20 |  |  |  |  | |
| 4. | BHCG (wolna pojdednostka F-HCG- beta) | 20 |  |  |  |  | |
| 5. | PSA wolny | 40 |  |  |  |  | |
| 6. | PSA - całkowity | 10 |  |  |  |  | |
| 7. | AFP | 40 |  |  |  |  | |
| 8. | CA 72.4 rak żołądka | 10 |  |  |  |  | |
| 9. | CAS A rak pęcherza | 10 |  |  |  |  | |
| 10. | Chromogranina A | 5 |  |  |  |  | |
| 11. | CYFRA-21 | 5 |  |  |  |  | |
| 12. | NSE | 5 |  |  |  |  | |
| 13. | Białko SI00 - Marker udaru mózgu | 5 |  |  |  |  | |
| 14. | Beta 2 - mikroglobulina | 5 |  |  |  |  | |
| **V. Diagnostyka anemii** | | | | | | | |
| 1. | Witamina B12 | 300 |  |  |  |  | |
| 2. | Ferrytyna | 10 |  |  |  |  | |
| 3. | Kwas foliowy | 200 |  |  |  |  | |
| 4. | Transferyna | 25 |  |  |  |  | |
| 5. | Czynnik IF | 5 |  |  |  |  | |
| 6. | Haptoglobina | 5 |  |  |  |  | |
| 7. | Erytropoetyna | 5 |  |  |  |  | |
| 8. | Hepcydyna | 5 |  |  |  |  | |
| **VI. Diagnostyka cukrzycy** | | | | | | | |
| 1. | Hemoglobina glikowana HbAlc | 300 |  |  |  |  |
| 2. | C-peptyd | 20 |  |  |  |  |
| 3. | Insulina | 300 |  |  |  |  |
| 4. | Proinsulina | 5 |  |  |  |  |
| 5. | P-ciała p/proinsulinie | 5 |  |  |  |  |
| 6. | p-ciała p/GAD endogenne | 10 |  |  |  |  |
| 7. | p-ciała p/insulinowe | 10 |  |  |  |  |
| 8. | fruktoazmina | 10 |  |  |  |  |
| 9. | glukagon | 5 |  |  |  |  |
| **VII. Diagnostyka infekcji** | | | | | | | |
| 1. | Anty – HAV total | 15 |  |  |  |  |
| 2. | Anty - HAV IgM | 15 |  |  |  |  |
| 3. | Antygen HBs- test ilościowy | 15 |  |  |  |  |
| 4. | HBs p/ ciała | 5 |  |  |  |  |
| 5. | HBs- Ag - test potwierdzenia | 5 |  |  |  |  |
| 6. | HBV DNA ilościowo | 5 |  |  |  |  |
| 7. | HBe antygen | 5 |  |  |  |  |
| 8. | Przeciwciała anty HBe | 5 |  |  |  |  |
| 9. | Przeciwciała anty Hbc IgM | 5 |  |  |  |  |
| 10. | Przeciwciała anty HbcTotal | 5 |  |  |  |  |
| 11. | Przeciwciała anty - HCV | 5 |  |  |  |  |
| 12. | HCV - RNA | 10 |  |  |  |  |
| 13. | Przeciwciała anty - HIV1/HIV2 | 10 |  |  |  |  |
| 14. | HIV1/HTV2 -test potwierdzenia | 10 |  |  |  |  |
| 15. | Toxoplazmoza IgM-test ilościowy | 5 |  |  |  |  |
| 16. | Toxoplazmoza IgG test ilościowy | 5 |  |  |  |  |
| 17. | Awidność p/ciał p/toksoplazma IgG | 5 |  |  |  |  |
| 18. | Boleria p/ciała IgG western Biot | 15 |  |  |  |  |
| 19. | Boleria p/ciała IgM western Biot | 15 |  |  |  |  |
| 20. | Borelioza IgM | 5 |  |  |  |  |
| 21. | Borelioza IgG | 5 |  |  |  |  |
| 22. | Helicobacter pylorii IgG | 5 |  |  |  |  |
| 23. | Helicobacter pyloril IgM | 5 |  |  |  |  |
| 24. | Helicobacter pylori p/ciała Ig A, IgG Western Biot | 5 |  |  |  |  |
| 25. | Helicobacter pylori antygen w kale | 5 |  |  |  |  |
| 26. | Różyczka p/ciała IgM | 60 |  |  |  |  |
| 27. | Różyczka p/ciała IgG | 120 |  |  |  |  |
| 28. | Różyczka p/ciała IgG -awidność | 10 |  |  |  |  |
| 29. | CMV IgM | 80 |  |  |  |  |
| 30. | CMV IgG | 80 |  |  |  |  |
| 31. | CMV-IgG - awidność | 10 |  |  |  |  |
| 32. | Chlamydia pneumoniae IgG ilościowo | 10 |  |  |  |  |
| 33. | Chlamydia trachomatis p/ciała IgA | 10 |  |  |  |  |
| 34. | Chlamydia trachomatis p/ciała IgM | 10 |  |  |  |  |
| 35. | Chlamydia trachomatis p/ciała IgG | 10 |  |  |  |  |
| 36. | WR - test potwierdzenia | 5 |  |  |  |  |
| 37. | EBV IgM | 80 |  |  |  |  |
| 38. | EBV IgG | 50 |  |  |  |  |
| 39. | Toxacaroza IgG | 5 |  |  |  |  |
| 40. | Mycoolazma pneumoniae p/ ciała IgA, | 5 |  |  |  |  |
| 41. | Mycoolazma pneumoniae p/ ciała IgM | 5 |  |  |  |  |
| 42. | Mycoolazma pneumoniae p/ ciała IgG | 5 |  |  |  |  |
| 43. | Bordatella pertusis IgA | 5 |  |  |  |  |
| 44. | Bordatella pertusis IgG | 5 |  |  |  |  |
| 45. | Bordatella pertusis IgM | 5 |  |  |  |  |
| 46. | Ureaplasma urealyticum p/ciała IgM | 5 |  |  |  |  |
| 47. | Ureaplasma urealyticum p/ciała IgG | 5 |  |  |  |  |
| 48. | Parwowirus B 19 p/c IgM | 5 |  |  |  |  |
| 49. | Parwowirus B 19 p/c IgG | 5 |  |  |  |  |
| 50. | Parwo wirus B 19 PCR | 2 |  |  |  |  |
| 51. | P-ciała p/transglutaminazie tkankowej IgA | 10 |  |  |  |  |
| 52. | P-ciała p/transglutaminazie tkankowej IgG | 10 |  |  |  |  |
| 53. | P-ciała p/endomysium IgA | 10 |  |  |  |  |
| 54. | P-ciała p/endomysium IgG | 5 |  |  |  |  |
| 55. | Panel w kierunku celiaki | 20 |  |  |  |  |
| 56. | P- ciała p/gliadynie IgA | 10 |  |  |  |  |
| 57. | P- ciała p/gliadynie | 10 |  |  |  |  |
| 58. | P-ciała p/deaminowanym peptydom gliadyny IgG | 10 |  |  |  |  |
| 59. | P/ciała p/komórkom okładzinowym żołądka HF | 5 |  |  |  |  |
| **VIII. Monitorowanie stężenia leków** | | | | | | | |
| 1. | Cyklosporyna A | 5 |  |  |  |  | | |
| 2. | Karbamazepina | 15 |  |  |  |  | | |
| 3. | Kwas walproinowy | 30 |  |  |  |  | | |
| 4. | Lit | 20 |  |  |  |  | | |
| 5. | Cynk | 5 |  |  |  |  | | |
| 6. | Miedź | 5 |  |  |  |  | | |
| 7. | Ołów | 5 |  |  |  |  | | |
| **IX. Immunoglobuliny** | | | | | | | |
| 1. | Proteinogram | 20 |  |  |  |  | | |
| 2. | Mikroalbuminy w moczu ilościowo | 5 |  |  |  |  | | |
| 3. | p-ciała IgA w surowicy | 35 |  |  |  |  | | |
| 4. | p-ciała IgM w surowicy | 5 |  |  |  |  | | |
| 5. | p-ciała IgG w surowicy | 5 |  |  |  |  | | |
| **X. Alergie** | | | | | | | |
| 1. | IgE całkowite | 10 |  |  |  |  | | |
| 2. | IgE specyficzne- panel pokarmowy | 10 |  |  |  |  | | |
| 3. | IgE specyficzne- panel oddechowy | 10 |  |  |  |  | | |
| 4. | IgE specyficzne panel mieszany | 10 |  |  |  |  | | |
| **XI. Diagnostyka prenatalna** | | | | | | | |
| **XII. WITAMINY** | | | | | |  | | |
| 1. | Witamina KI | 5 |  |  |  |  | | |
| 2. | Witamina E | 5 |  |  |  |  | | |
| 3. | Witamina B2 | 5 |  |  |  |  | | |
| 4. | Witamina B3 | 5 |  |  |  |  | | |
| 5. | Witamina D3 | 5 |  |  |  |  | | |
| 6. | Witamina B6 | 5 |  |  |  |  | | |
| **XIII. Diagnostyka chorób autoimmunologicznych** | | | | | | | |
| 1. | Przeciwciała antykardiolipinowe IgM | 15 |  |  |  |  | | |
| 2. | Przeciwciała antykardiolipinowe IgG | 15 |  |  |  |  | | |
| 3. | Przeciwciała p/jądrowe i p/cytoplazmatyczne- test przesiewowy | 20 |  |  |  |  | | |
| 4. | Przeciwciała p/jądrowe miano i typ świecenia | 40 |  |  |  |  | | |
| 5. | P/ciała p/mitochondrialne | 10 |  |  |  |  | | |
| 6. | Przeciwciała anty CCP cytrulinowe | 50 |  |  |  |  | | |
| 7 | Profil ANA 1 | 20 |  |  |  |  | | |
| 8. | Profil ANA 2 | 20 |  |  |  |  | | |
| 9. | Profil ANA 3 | 40 |  |  |  |  | | |
| 11. | P/ciała przeciw beta 2 glikoproteinie IgG,  IgM}IgA | 5 |  |  |  |  | | |
| 12. | P/ciała przeciw beta 2 glikoproteinie IgM | 5 |  |  |  |  | | |
| 13. | Antykoagulant tocznia | 10 |  |  |  |  | | |
| 14. | TNF - alfa | 5 |  |  |  |  | | |
| 15. | P/ciała p/wyspom trzustki, p/komórkom    międzywyspowym trzustki, | 5 |  |  |  |  | | |
| 16. | P/ciała p/płytkowe | 5 |  |  |  |  | | |
| XVI. Markery reakcji zapalnej SIRS | | | | | | | |
| 1. | PCT (prokalctamina) | 10 |  |  |  |  | |
| 2. | IL-6 | 10 |  |  |  |  | |
| 3. | Kwas mlekowy w surowicy | 10 |  |  |  |  | |
| 4. | Pirogroniany w surowicy | 10 |  |  |  |  | |
| XVH. Osteoporoza | | | | | | | |
| 1. | C - tekopeptyd kolagenu typu I (ICTP ) | 5 |  |  |  |  | |
| 2. | Kalcytonina | 5 |  |  |  |  | |
| 3. | N- końcowy usieciowany teleopeptyd łańcucha alfa kolagenu typu I (NTX) | 5 |  |  |  |  | |
| 4. | C- Końcowy propeptyd prokolagenu typu I (PICP) | 5 |  |  |  |  | |
| 5. | Osteokalcyna (marker tworzenia kości) | 5 |  |  |  |  | |
| XVIII. Diagnostyka miażdżycy i nadciśnienia | | | | | | | |
| 1. | ACE – enzym konwertujący angiotensyne | 5 |  |  |  |  | |
| 2. | ARO aktywność reninowa osocza | 5 |  |  |  |  | |
| 3. | NT- pro BNP | 5 |  |  |  |  | |
| 4. | Mutacja apolipoproteiny A | 5 |  |  |  |  | |
| 5. | Lipoproteina A | 5 |  |  |  |  | |
| 6. | Mutacja apolipoproteiny B | 5 |  |  |  |  | |
| 7. | adrenalina | 5 |  |  |  |  | |
| 8. | noradrenalina | 5 |  |  |  |  | |
| 9. | dopamina | 5 |  |  |  |  | |
| 10. | serotonina | 5 |  |  |  |  | |
| 11. | Homocysteina | 80 |  |  |  |  | |
| 12. | Cystatyna C | 10 |  |  |  |  | |
| 13. | Katecholaminy w moczu | 5 |  |  |  |  | |
| 14. | Kwas homowanilinomigdałowy (HVA) | 5 |  |  |  |  | |
| 15. | Mioglobina | 5 |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| XIX. Inne Badania | | | | | | |
| 1. | Holinoesteraza | 5 |  |  |  |  |
| 2. | CDT- transferyna desialowana | 5 |  |  |  |  |
| 3. | Długołańcuchowe kwasy tłuszczowe | 5 |  |  |  |  |
| 4. | Yersinia p/c IgA | 5 |  |  |  |  |
| 5. | Yersinia p/c IgG | 5 |  |  |  |  |
| 6. | Yersinia enterocolityka IgA, IgG, p/c Western Biot | 5 |  |  |  |  |
| 7. | Varicella zoster p/c IgM | 5 |  |  |  |  |
| 8. | Varicella zoster p/c IgG | 5 |  |  |  |  |
| 9. | Varicella zoster DNA PCR | 5 |  |  |  |  |
| 10. | Herpes simplex virus HSV typ 1/2 p/c IgM | 5 |  |  |  |  |
| 11. | Herpes simplex virus HSV typ 1/2 p/c IgG | 5 |  |  |  |  |
| 12. | Herpes simplex DNA PCR | 5 |  |  |  |  |
| 13. | Bąblowiec p/ciała IgG | 5 |  |  |  |  |
| 14. | Bąblowiec p/ciała IgG Western Biot | 5 |  |  |  |  |
| 15. | Echinococcus multilocularis | 5 |  |  |  |  |
| 16. | Glista ludzka p/ciała IgG | 5 |  |  |  |  |
| 17. | HLA-B27 | 5 |  |  |  |  |
| 18. | Badanie z plwociny- preparat bezpośredni i posiew automatyczny  ( szybki ) w kierunku gruźlicy | 10 |  |  |  |  |
| 19. | Oznaczenie lekowrażliwości Mycobacterium tuberculosis | 5 |  |  |  |  |
| 20. | Test IGRA w kierunku prątka gruźlicy | 20 |  |  |  |  |
| 21. | Mycobacterium tuberculosis metoda PCR | 10 |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  | x |  |  |  |  |

**TABELA 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania** | **Szacunkowa ilość badań /36 miesięcy** | **Materiał** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| 1. | Albumina | 10 |  |  |  |  |
| 2. | Aminotransferaza alaninowa  ALT ( GPT ) | 10 |  |  |  |  |
| 3. | Aminotransferaza asparagin.  AST ( GOT ) | 10 |  |  |  |  |
| 4. | Amylaza ( diastaza) | 10 |  |  |  |  |
| 5. | Białko całkowite | 10 |  |  |  |  |
| 6. | białko CRP ilościowo | 10 |  |  |  |  |
| 7. | Bilirubina całkowita | 10 |  |  |  |  |
| 8. | Bilirubina pośrednia | 10 |  |  |  |  |
| 9. | Chlorki | 10 |  |  |  |  |
| 10. | Cholesterol całkowity | 10 |  |  |  |  |
| 11. | HDL cholesterol | 10 |  |  |  |  |
| 12. | Dehydrogenaza mleczanowa | 10 |  |  |  |  |
| 13. | Fosfataza alkaliczna | 10 |  |  |  |  |
| 14. | Fosforan nieorganiczny | 10 |  |  |  |  |
| 15. | Gamma-glutamylotranspeptydaza | 10 |  |  |  |  |
| 16. | Glukoza | 10 |  |  |  |  |
| 17. | Kinaza Kreatynowa (CK) | 10 |  |  |  |  |
| 18. | Kreatynina | 10 |  |  |  |  |
| 19. | Kwas moczowy | 10 |  |  |  |  |
| 20. | Magnez | 10 |  |  |  |  |
| 21. | Mocznik | 10 |  |  |  |  |
| 22. | Potas | 10 |  |  |  |  |
| 23. | Lipaza | 10 |  |  |  |  |
| 24. | Sód | 10 |  |  |  |  |
| 25. | Trójglicerydy | 10 |  |  |  |  |
| 26. | Wapń całkowity | 10 |  |  |  |  |
| 27. | Żelazo | 10 |  |  |  |  |
| 28. | UIBC | 10 |  |  |  |  |
| 29. | Etanol | 10 |  |  |  |  |
| 30. | RKZ | 10 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | APTT | 10 |  |  |  |  |
| 2. | Czas protrombinowy i INR | 10 |  |  |  |  |
| 3. | fibrynogen | 10 |  |  |  |  |
| 4. | Morfologia 5Diff, z pełnym różnicowaniem granulocytów | 10 |  |  |  |  |
| 5. | Troponina ultra czuła HS | 10 |  |  |  |  |
| 6. | D -Dimery | 10 |  |  |  |  |
| 7. | TSH | 10 |  |  |  |  |
| 8. | FT4 | 10 |  |  |  |  |
| 9. | FT3 | 10 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **x** |  |  |  |  |

1. Oferent składa ofertę na cały pakiet w/w badań.
2. W/w materiały do badań Oferent zabiera ze szpitala 5 razy w tygodniu, wyniki dostarcza do laboratorium.
3. Przyjmujący Zamówienie określa sposób pobrania oraz przechowywania materiałów do badań do momentu odbioru oraz odpowiada za jakość odebranego materiału w trakcie transportu, podaje procedury odpowiedniego pobrania materiału.
4. Przyjmujący zamówienia umożliwi wgląd drogą internetową (online) w wyniki badań oraz ewentualny ich wydruk wraz z autoryzacją zgodnie z ustawą o diagnostyce laboratoryjnej.
5. Udzielający zamówienie wymaga, aby laboratorium było oddalone od siedziby zamawiającego nie więcej niż 50km i pracowało w trybie 24h/ na dobę.
6. Oferent zobowiązuje się do wykonywania badań podstawowych – **TABELA 2,** dostarczonych do niego w trybie pilnym przez zamawiającego w związku z awarią analizatorów w tutejszym LM – oraz udostępnienia wyników tych badań drogą internetową natychmiast po ich wykonaniu.
7. Oferent winien dołączyć do oferty dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje do wykonywania w/w badań
8. Oferent winien dołączyć do oferty kopie dokumentów potwierdzających posiadanie odpowiednich certyfikatów i licencji.
9. Wynik badania musi spełniać wymagania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. z 2019r. poz.1923.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015r., poz. 2069), a w szczególności musi być prawidłowo autoryzowany, czyli opatrzony pieczęcią i podpisem uprawnionego diagnosty
10. Oferent do oferty winien załączyć kopie wpisu do Krajowego Rejestru Laboratoriów Diagnostycznych.
11. Oferent zobowiązuje się do wystawiania faktur z tytułu wykonania umowy oraz przesyłania wystawionych faktur na adres e-mailowy: kasa@szpital.lubaczowski.com

………………………………………

Miejscowość, data

……………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

***Załącznik nr 1- FORMULARZ CENOWY***

Pakiet 9 Toksykologia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań/ 36 miesięcy | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
| 1. | Alkohol metylowy | 6 |  |  |
| 2. | Glikol etylenowy | 6 |  |  |
| 3. | Ammanityna | 6 |  |  |
|  | RAZEM | x | x |  |

1. Wyżej wymienione materiały do badań wysyłane będą przez Udzielającego Zamówienia lub dowożone w razie potrzeby.
2. Oferent określa sposób pobrania oraz przechowywania materiałów do badań do momentu odbioru.
3. Oferent zobowiązuje się do wykonania w/w oznaczeń w ciągu 5 godzin od momentu dostarczenia materiału do badań przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oferent zobowiązuje się do powiadomienia o wyniku badania natychmiast po jego wykonaniu drogą telefoniczną do lekarza zlecającego, na adres e-mailowy oraz pisemnie.
5. Wraz z podpisaniem umowy Oferent prześle Udzielającemu Zamówienia procedury pobierania w/w badań, minimalny czas dostarczenia próbek oraz wzór skierowania na w/w badania.

…………………………………………. ………………………………………

Miejscowość, data Pieczątka i podpis Oferenta