**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

*do Warunków Konkursu*

………………………….................

(pieczęć adresowa firmy Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa i adres oferenta

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

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

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

1. Data sporządzenia oferty: .......................................................................................................
2. Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne, proponuję następujące ceny na świadczenia zdrowotne objęte niniejszym postępowaniem:

**DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I MIKROBIOLOGICZNA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Przewidywana liczba badań na 12 m-cy** | **Cena za 1 badanie (brutto)** | **Wartość** | **Termin wykonania badania i dostarczenia wyników (dni robocze)** |
| **A.** | **BADANIA HEMATOLOGICZNE** | | | | |
| 1 | Morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi | 2635 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi | 70 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Rozmaz | 125 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Retikulocyty | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 5 | Odczyn opadania krwinek  czerwonych (OB) | 460 |  |  | W dniu pobrania |
| **B.** | **BADANIA BIOCHEMICZNE I IMMUNOCHEMICZNE** | | | | |
| 1 | Sód | 1280 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Potas | 1335 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Wapń zjonizowany | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Witamina B12 | 50 |  |  | 1 dzień |
| 5 | Kwas foliowy | 35 |  |  | 1 dzień |
| 6 | Żelazo | 370 |  |  | W dniu pobrania |
| 7 | Żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC) | 10 |  |  | W dniu pobrania |
| 8 | Stężenie transferyny | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 9 | Ferrytyna | 80 |  |  | W dniu pobrania |
| 10 | Stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) | 216 |  |  | 3 dni |
| 11 | Mocznik | 725 |  |  | W dniu pobrania |
| 12 | Kreatynina | 1735 |  |  | W dniu pobrania |
| 13 | Glukoza | 1425 |  |  | W dniu pobrania |
| 14 | Test obciążenia glukozą | 200 |  |  | W dniu pobrania |
| 15 | Białko całkowite | 25 |  |  | W dniu pobrania |
| 16 | Proteinogram | 10 |  |  | W dniu pobrania |
| 17 | Albumina | 20 |  |  | 3 dni |
| 18 | Białko C –reaktywne (CRP) | 1105 |  |  | W dniu pobrania |
| 19 | Kwas moczowy | 990 |  |  | 3 dni |
| 20 | Cholesterol całkowity | 1350 |  |  | W dniu pobrania |
| 21 | Cholesterol – HDL | 1065 |  |  | W dniu pobrania |
| 22 | Cholesterol – LDL | 1170 |  |  | W dniu pobrania |
| 23 | Triglicerydy (TG) | 1055 |  |  | W dniu pobrania |
| 24 | Przeciwciała anty-HCV | 185 |  |  | W dniu pobrania |
| 25 | Bilirubina całkowita | 310 |  |  | W dniu pobrania |
| 26 | Bilirubina bezpośrednia | 15 |  |  | W dniu pobrania |
| 27 | Fosfataza alkaliczna (ALP) | 60 |  |  | W dniu pobrania |
| 28 | Aminotransferaza asparaginianowa (AST) | 1040 |  |  | W dniu pobrania |
| 29 | Aminotransferaza alaninowa (ALT) | 1100 |  |  | W dniu pobrania |
| 30 | Gammaglutamylotranspep- tydaza (GGTP) | 305 |  |  | W dniu pobrania |
| 31 | Amylaza | 110 |  |  | W dniu pobrania |
| 32 | Kinaza keratynowa (CK) | 25 |  |  | W dniu pobrania |
| 33 | Fosfataza kwaśna całkowita (ACP) | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 34 | Anty-CCP | 20 |  |  | 1 dzień |
| 35 | Czynnik reumatoidalny (RF) | 155 |  |  | 3 dni |
| 36 | Miano antystreptolizyn O (ASO) | 20 |  |  | 3 dni |
| 37 | Hormon tyreotropowy (TSH) | 1245 |  |  | 3 dni |
| 38 | Antygen HBs-AgHbs | 180 |  |  | 3 dni |
| 39 | VDRL | 5 |  |  | 3 dni |
| 40 | FT3 | 215 |  |  | W dniu pobrania |
| 41 | FT4 | 235 |  |  | W dniu pobrania |
| 42 | PSA-Antygen swoisty dla stercza całkowity | 315 |  |  | W dniu pobrania |
| 43 | Magnez | 40 |  |  | W dniu pobrania |
| 44 | Chlorki | 30 |  |  | W dniu pobrania |
| 45 | Wapń całkowity | 50 |  |  | W dniu pobrania |
| **C.** | **BADANIE MOCZU** | | | | |
| 1 | Ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu | 1240 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Ilościowe oznaczenie białka | 10 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Ilościowe oznaczenie glukozy | 10 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Ilościowe oznaczenie wapnia | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 5 | Ilościowe oznaczenie amylazy | 10 |  |  | W dniu pobrania |
| **D.** | **BADANIE KAŁU** | | | | |
| 1 | Badanie ogólne | 15 |  |  | 5 dni |
| 2 | Pasożyty | 65 |  |  | 5 dni |
| 3 | Krew utajona - metodą immunochemiczną | 20 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Antygen Helicobacter pylori w kale | 15 |  |  | 5 dni |
| **E.** | **BADANIE UKŁADU KRZEPNIĘCIA** | | | | |
| 1 | Wskaźnik protrombinowy (INR) | 440 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT) | 175 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Fibrynogen | 15 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | D-dimery | 70 |  |  | W dniu pobrania |
| **F.** | **BADANIE MIKROBIOLOGICZNE** | | | | |
| 1 | Posiew moczu z antybiogramem | 70 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 2 | Posiew wymazu z gardła z antybiogramem | 30 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 3 | Posiew wymazu z nosa z antybiogramem | 20 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 4 | Posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella | 10 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| **G.** | **POZOSTAŁE – AOS** | | | | |
| 1 | Anty – HBS | 20 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Anty – HIV | 175 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Prolaktyna | 45 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Testosteron | 40 |  |  | W dniu pobrania |
| 5 | Estradiol | 75 |  |  | W dniu pobrania |
| 6 | FSH | 70 |  |  | W dniu pobrania |
| 7 | CA 125 | 80 |  |  | 3 dni |
| 8 | CA 15-3 | 10 |  |  | 1 dzień |
| 9 | CA 19-9 | 25 |  |  | 1 dzień |
| 10 | CEA | 25 |  |  | 1 dzień |
| 11 | Helicobacter pyroli p/c IgG | 10 |  |  | 3 dni |
| 12 | Kortyzol | 10 |  |  | 2 dni |
| 13 | Toksoplazmoza IgM | 105 |  |  | W dniu pobrania |
| 14 | Toksoplazmoza IgG | 105 |  |  | W dniu pobrania |
| 15 | CMV IgG | 95 |  |  | 4 dni |
| 16 | CMV IgM | 100 |  |  | 4 dni |
| 17 | NT-pro-BNP | 115 |  |  | 2 dni |
| 18 | Odczyn Coombsa | 70 |  |  | 3 dni |
| 19 | Grupa krwi i RH | 115 |  |  | 3 dni |
| 20 | Odczyn Wassermana | 195 |  |  | W dniu pobrania |
| 21 | Progesteron | 40 |  |  | 4 dni |
| 22 | Lipaza | 60 |  |  | 4 dni |
| 23 | Beta HCG | 5 |  |  | 1 dzień |
| 24 | AFP | 15 |  |  | 1 dzień |
| 25 | CK MB mass | 15 |  |  | 3 dni |
| 26 | Anty-TPO | 5 |  |  | 1 dzień |
| 27 | Czas trombinowy | 5 |  |  | 1 dzień |
| 28 | HE4 | 60 |  |  | 2 dni |
| 29 | Troponina I | 20 |  |  | 1 dzień |
| 30 | Borelioza IgG | 5 |  |  | 2 dni |
| 31 | Borelioza IgM | 5 |  |  | 2 dni |
| 32 | Rubella p/c IgG | 25 |  |  | 2 dni |
| 33 | Rubella p/c IgM | 25 |  |  | 2 dni |
| 34 | Witamina D | 20 |  |  | 1 dzień |
| 35 | PSA wolne | 15 |  |  | W dniu pobrania |
| 36 | Insulina | 15 |  |  | 1 dzień |
| 37 | Sporal A | 80 |  |  | 3 dni |
| 38 | Wymaz z pochwy | 100 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 39 | Wymaz z rany | 190 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 40 | Wymaz z okolic odbytu | 55 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
|  | **RAZEM** | |  | |  |

…................................................  
 Podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK Nr 2**

*do Warunków Konkursu*

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Nazwa Oferenta .......................................................................................................................................................

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

Adres ............................................................................................................................................

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

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

2. Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.

3. Oświadczam, iż posiadam stosowne uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.

4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

5. Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej, oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu, w celu podpisania umowy na tychże warunkach.

6. Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.

……………………………. ………………………….

Data Podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK Nr 3**

*do Warunków konkursu*

**LICZBA, KWALIFIKACJE   
I DOŚWIADCZENIE**

**OSÓB MAJĄCYCH UDZIELAĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje** | **Doświadczenie** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

………………………………. …………………………………

Data Podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK Nr 4**

do *Warunków Konkursu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Nazwa Oferenta .......................................................................................................................................................

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

Adres ............................................................................................................................................

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

Niniejszym, oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię następujące dokumenty:

* dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych;
* potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

……………………………. ………………………….

Data Podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIK Nr 5**

*do Warunków Konkursu*

**OPIS I NAZWA SIEDZIBY OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  |
| Nazwa skrócona |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres siedziby |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |

…………………………………. ………………………………

Data Podpis Oferenta

**ZAŁĄCZNIKI Nr 6 -** Projekt umowy