**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 | 2905 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Rozmaz | 100 |  |  | 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 | 480 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Potas | 495 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Jonogram | 1145 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Wapń zjonizowany | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 5 | Witamina B12 | 90 |  |  | 1 dzień |
| 6 | Kwas foliowy | 40 |  |  | 1 dzień |
| 7 | Żelazo | 425 |  |  | W dniu pobrania |
| 8 | Żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC) | 20 |  |  | W dniu pobrania |
| 9 | Stężenie transferyny | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 10 | Ferrytyna | 95 |  |  | W dniu pobrania |
| 11 | Stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) | 260 |  |  | 3 dni |
| 12 | Mocznik | 1085 |  |  | W dniu pobrania |
| 13 | Kreatynina | 2085 |  |  | W dniu pobrania |
| 14 | Glukoza | 1890 |  |  | W dniu pobrania |
| 15 | Test obciążenia glukozą | 120 |  |  | W dniu pobrania |
| 16 | Białko całkowite | 15 |  |  | W dniu pobrania |
| 17 | Proteinogram | 10 |  |  | W dniu pobrania |
| 18 | Albumina | 20 |  |  | 3 dni |
| 19 | Białko C –reaktywne (CRP) | 1365 |  |  | W dniu pobrania |
| 20 | Kwas moczowy | 1130 |  |  | 3 dni |
| 21 | Cholesterol całkowity | 665 |  |  | W dniu pobrania |
| 22 | Cholesterol – HDL | 380 |  |  | W dniu pobrania |
| 23 | Cholesterol – LDL | 380 |  |  | W dniu pobrania |
| 24 | Triglicerydy (TG) | 400 |  |  | W dniu pobrania |
| 25 | Lipidogram | 885 |  |  | W dniu pobrania |
| 26 | Przeciwciała anty-HCV | 160 |  |  | W dniu pobrania |
| 27 | Bilirubina całkowita | 610 |  |  | W dniu pobrania |
| 28 | Bilirubina bezpośrednia | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 29 | Fosfataza alkaliczna (ALP) | 70 |  |  | W dniu pobrania |
| 30 | Aminotransferaza asparaginianowa (AST) | 1295 |  |  | W dniu pobrania |
| 31 | Aminotransferaza alaninowa (ALT) | 1385 |  |  | W dniu pobrania |
| 32 | Gammaglutamylotranspep- tydaza (GGTP) | 435 |  |  | W dniu pobrania |
| 33 | Amylaza | 135 |  |  | W dniu pobrania |
| 34 | Kinaza keratynowa (CK) | 30 |  |  | W dniu pobrania |
| 35 | Fosfataza kwaśna całkowita (ACP) | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| 36 | Anty-CCP | 25 |  |  | 1 dzień |
| 37 | Czynnik reumatoidalny (RF) | 155 |  |  | 3 dni |
| 38 | Miano antystreptolizyn O (ASO) | 25 |  |  | 3 dni |
| 39 | Hormon tyreotropowy (TSH) | 1460 |  |  | 3 dni |
| 40 | Antygen HBs-AgHbs | 150 |  |  | 3 dni |
| 41 | VDRL | 5 |  |  | 3 dni |
| 42 | FT3 | 210 |  |  | W dniu pobrania |
| 43 | FT4 | 260 |  |  | W dniu pobrania |
| 44 | PSA-Antygen swoisty dla stercza całkowity | 330 |  |  | W dniu pobrania |
| 45 | Magnez | 65 |  |  | W dniu pobrania |
| 46 | Chlorki | 130 |  |  | W dniu pobrania |
| 47 | Wapń całkowity | 65 |  |  | W dniu pobrania |
| 48 | Immunoglobuliny E całkowite (IgE) | 50 |  |  | 3 dni |
| 49 | Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem dotyczącym alergii wziewnych i pokarmowych | 50 |  |  | 3 dni |
| 50 | HIV test przesiewowy | 125 |  |  | W dniu pobrania |
| **C.** | **BADANIE MOCZU** | | | | |
| 1 | Ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu | 1270 |  |  | 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 | 5 |  |  | W dniu pobrania |
| **D.** | **BADANIE KAŁU** | | | | |
| 1 | Badanie ogólne | 15 |  |  | 5 dni |
| 2 | Pasożyty | 75 |  |  | 5 dni |
| 3 | Krew utajona - metodą immunochemiczną | 15 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Antygen Helicobacter pylori w kale | 25 |  |  | 5 dni |
| **E.** | **BADANIE UKŁADU KRZEPNIĘCIA** | | | | |
| 1 | Wskaźnik protrombinowy (INR) | 525 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT) | 255 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Fibrynogen | 20 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | D-dimery | 90 |  |  | W dniu pobrania |
| **F.** | **BADANIE MIKROBIOLOGICZNE** | | | | |
| 1 | Posiew moczu z antybiogramem | 35 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 2 | Posiew wymazu z gardła z antybiogramem | 15 |  |  | 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 | 5 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| **G.** | **POZOSTAŁE – AOS** | | | | |
| 1 | Anty – HBS | 10 |  |  | W dniu pobrania |
| 2 | Prolaktyna | 35 |  |  | W dniu pobrania |
| 3 | Testo0steron | 35 |  |  | W dniu pobrania |
| 4 | Estradiol | 70 |  |  | W dniu pobrania |
| 5 | FSH | 60 |  |  | W dniu pobrania |
| 6 | CA 125 | 90 |  |  | 3 dni |
| 7 | CA 15-3 | 10 |  |  | 1 dzień |
| 8 | CA 19-9 | 45 |  |  | 1 dzień |
| 9 | CEA | 50 |  |  | 1 dzień |
| 10 | Kortyzol | 10 |  |  | 2 dni |
| 11 | Toksoplazmoza IgM | 65 |  |  | W dniu pobrania |
| 12 | Toksoplazmoza IgG | 65 |  |  | W dniu pobrania |
| 13 | Toksoplazmoza IgG awidność | 5 |  |  | 1 dzień |
| 14 | CMV IgG | 35 |  |  | 4 dni |
| 15 | CMV IgM | 33 |  |  | 4 dni |
| 16 | NT-pro-BNP | 85 |  |  | 2 dni |
| 17 | Odczyn Coombsa | 50 |  |  | 3 dni |
| 18 | Grupa krwi i RH | 140 |  |  | 3 dni |
| 19 | Odczyn Wassermana (WR) | 70 |  |  | W dniu pobrania |
| 20 | Progesteron | 30 |  |  | 4 dni |
| 21 | Lipaza | 75 |  |  | 4 dni |
| 22 | Beta HCG | 20 |  |  | 1 dzień |
| 23 | T3 | 10 |  |  | 4 dni |
| 24 | T4 | 10 |  |  | 4 dni |
| 25 | AFP | 40 |  |  | 1 dzień |
| 26 | CK MB mass | 10 |  |  | 3 dni |
| 27 | Anty-TPO | 10 |  |  | 1 dzień |
| 28 | HE4 | 50 |  |  | 2 dni |
| 29 | Troponina I | 10 |  |  | 1 dzień |
| 30 | Borelioza IgG | 5 |  |  | 2 dni |
| 31 | Borelioza IgM | 5 |  |  | 2 dni |
| 32 | Witamina D | 20 |  |  | 1 dzień |
| 33 | PSA wolne | 15 |  |  | W dniu pobrania |
| 34 | Insulina | 5 |  |  | 1 dzień |
| 35 | Sporal A | 65 |  |  | 3 dni |
| 36 | Wymaz z pochwy | 65 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 37 | Wymaz z rany | 120 |  |  | 5 dni, po 48 godzinach inf. o wzroście bakterii |
| 38 | Wymaz z okolic odbytu | 40 |  |  | 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