Załącznik nr 2 do umowy

**Opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiot zamówienia: udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych wykonywanych **w placówce Oferenta** na rzecz SPZOZ w Pilawie

**OFERTA CENOWA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | NAZWA BADANIA | Orientacyjnailość badań wokresie umowy | Proponowana jednostkowa cena brutto badania | Wartość brutto |
|  | Morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi | 300 |  |  |
|  | Morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi | 1500 |  |  |
|  | Retykulocyty | 10 |  |  |
|  | Odczyn opadania krwinek (OB.) | 300 |  |  |
|  | Sód | 40 |  |  |
|  | Potas | 100 |  |  |
|  | Wapń całkowity | 20 |  |  |
|  | Wapń zjonizowany | 10 |  |  |
|  | Żelazo | 20 |  |  |
|  | Żelazo-całkowita zdolność wiązania (TIBC) | 10 |  |  |
|  | Stężenie transferyny | 10 |  |  |
|  | Stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) | 30 |  |  |
|  | Mocznik  | 40 |  |  |
|  | Kreatynina | 40 |  |  |
|  | Glukoza | 50 |  |  |
|  | Test obciążenia glukozą | 20 |  |  |
|  | Białko całkowite | 25 |  |  |
|  | Proteinogram | 20 |  |  |
|  | Albumina | 10 |  |  |
|  | Białko C-reaktywne (CRP) | 500 |  |  |
|  | Kwas moczowy | 20 |  |  |
|  | Cholesterol całkowity | 30 |  |  |
|  | Cholesterol – HDL | 30 |  |  |
|  | Cholesterol – LDL | 30 |  |  |
|  | Triglicerydy (TG) | 30 |  |  |
|  | Bilirubina całkowita | 20 |  |  |
|  | Bilirubina bezpośrednia | 10 |  |  |
|  | Fosfataza alkaliczna ( ALP ) | 15 |  |  |
|  | Aminotransferaza asparginianowa ( AST ) | 40 |  |  |
|  | Aminotransferaza alaninowa ( ALT ) | 40 |  |  |
|  | Gammaglutamylotranspeptydaza ( GGTP ) | 30 |  |  |
|  | Amylaza | 20 |  |  |
|  | Kinaza kreatynowa ( CK ) | 20 |  |  |
|  | Fosfataza kwaśna całkowita ( ACP ) | 10 |  |  |
|  | Ferrytna | 10 |  |  |
|  | Fosfotaza zasadowa | 10 |  |  |
|  | Czynnik reumatoidalny ( RF ) | 50 |  |  |
|  | Miano antystreptolizyn ( ASO ) | 30 |  |  |
|  | Hormon tyreotropowy ( TSH ) | 50 |  |  |
|  | Antygen HBs-AgHBs | 30 |  |  |
|  | HBs przeciwciała | 30 |  |  |
|  | VDRL | 10 |  |  |
|  | FT3 | 50 |  |  |
|  | FT4 | 50 |  |  |
|  | PSA- Antygen swoisty dla stercza całkowity | 50 |  |  |
|  | Ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu | 500 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenia białka w moczu | 10 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenie glukozy w moczu | 10 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenie wapnia w moczu | 10 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenie amylazy w moczu | 10 |  |  |
|  | Bilirubina w moczu | 10 |  |  |
|  | Badanie ogólne kału | 10 |  |  |
|  | Pasożyty w kale | 30 |  |  |
|  | Posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella | 15 |  |  |
|  | Kał-G.Lambrai met-Elisa | 25 |  |  |
|  | Krew utajona w kale met.immunochemuiczną | 30 |  |  |
|  | Fibrynogen | 40 |  |  |
|  | Posiew moczu z antybiogramem | 30 |  |  |
|  | Posiew wymazu z gardła z antybiogramem | 20 |  |  |
|  | Wskaźnik protrabinowy ( INR ) | 100 |  |  |
|  | Czas kaolinowo-kefalinowy ( APTT ) | 40 |  |  |
|  | Próba zgodności serologicznej  | 10 |  |  |
|  | Diagnostyka konfliktu matczyno-płodowego | 10 |  |  |
|  | Borelioza IgG | 20 |  |  |
|  | Borelioza IgM | 20 |  |  |
|  | Kiła przeciwciała IgG/IgM | 20 |  |  |
|  | HCV przeciwciała | 20 |  |  |
|  | Toxoplazmoza gondi przeciwciała IgG | 20 |  |  |
|  | Toxoplazmoza gondi przeciwciała IgM | 20 |  |  |
|  | Odczyn Waalera-Rosego | 20 |  |  |
|  | Prolaktyna | 20 |  |  |
|  | HIV Ag/Ab | 20 |  |  |
|  | CA 125 | 20 |  |  |
|  | Różyczka IgG | 20 |  |  |
|  | Różyczka IgM | 20 |  |  |
|  | CMV( Cytomegalovirus) IgG | 20 |  |  |
|  | CMV( Cytomegalovirus) IgM | 20 |  |  |
|  | Testosteron | 20 |  |  |
|  | Progesteron | 20 |  |  |
|  | Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh | 20 |  |  |
|  | FSH | 10 |  |  |
|  | LH | 10 |  |  |
|  | Beta-HCG | 30 |  |  |
|  | Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew i antybiogram | 100 |  |  |
|  | Badanie mikroskopowe materiału biologicznego-badanie cytologiczne | 100 |  |  |
|  | Wymaz z pochwy | 250 |  |  |
| **USG** |
|  | USG jamy brzusznej | 1500 |  |  |
|  | USG ginekologiczne | 100 |  |  |
|  | USG gruczołu krokowego | 100 |  |  |
|  | USG tarczycy | 300 |  |  |
|  | USG obwodowych węzłów chłonnych | 30 |  |  |
|  | USG jąder | 20 |  |  |
|  | USG gruczołu krokowego | 100 |  |  |
|  | USG piersi | 150 |  |  |
|  | USG tętnic szyjnych i mózgowych Doppler | 60 |  |  |
| **RTG** |
|  | Cały kręgosłup na skoliozę  | 50 |  |  |
|  | Czaszka p-a+bok  | 50 |  |  |
|  | Jama brzuszna | 100 |  |  |
|  | Jama brzuszna dziecka | 40 |  |  |
|  | Klatka piersiowa boczne z barytem | 60 |  |  |
|  | Klatka piersiowa p-a z barytem | 230 |  |  |
|  | Klatka piersiowa p-a +boczne | 1500 |  |  |
|  | Krtani lub tchawicy-boczne | 20 |  |  |
|  | Kości palca | 50 |  |  |
|  | Kości ręki AP+boczne | 50 |  |  |
|  | Kość nosowa+PA | 30 |  |  |
|  | Kość piętowa AP i osiowe | 30 |  |  |
|  | Kość ramieniowa | 30 |  |  |
|  | Kość stopy | 30 |  |  |
|  | Kość udowa AP+boczne | 30 |  |  |
|  | Kręgosłup lędźwiowy a-p+bok | 580 |  |  |
|  | Kręgosłup piersiowy a-p+bok | 170 |  |  |
|  | Kręgosłup szyjny ap+bok | 300 |  |  |
|  | Miednica | 40 |  |  |
|  | Obojczyk p-a | 50 |  |  |
|  | Staw barkowy | 50 |  |  |
|  | Staw biodrowy | 50 |  |  |
|  | Staw kolanowy | 50 |  |  |
|  | Staw łokciowy | 50 |  |  |
|  | Staw skokowy AP i boczne | 50 |  |  |
|  | Zatoki przynosowe | 50 |  |  |
| **POZOZSTAŁE** |
|  | Spirometria | 50 |  |  |
|  | Mamografia | 50 |  |  |
|  | Cytologia | 400 |  |  |
|  | Gastroskopia | 100 |  |  |
|  | Kolonoskopia | 100 |  |  |
|  | KTG | 250 |  |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** |

UWAGA:

Ilość poszczególnych badań zawarta w formularzu oferenta ma charakter szacunkowy, obejmuje okres 36 miesięcy. Wycena ma na celu umożliwienie porównania złożonych ofert. Faktyczna ilość zleconych badań może być inna i wynikać będzie z rzeczywistych potrzeb Zamawiającego w okresie 36 miesięcy od dnia podpisania umowy.

*Ankieta do załącznika nr 2 do umowy*

***ANKIETA Oferenta - dotyczy spełnienia wymagań koniecznych***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **WYMAGANIA KONIECZNE DO SPEŁNIENIA** | POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMAGANIA**TAK / NIE**  |
| **1** | Badania muszą być wykonywane w pracowniach oferenta Zamawiający wymaga , aby miejsce wykonywania świadczeń znajdowało się nie dalej niż w promieniu 20 km od siedziby Zamawiającego **Proszę podać miejsca wykonywania w/w badań**  |  |
| **2** | Oferent zapewni pobieranie materiału do badań laboratoryjnych we własnej placówce min sześć razy w tygodniu od poniedziałku do soboty pomiędzy godz. 8.00 a 18.00 w placówkach Oferenta**Proszę podać miejsca i godziny pobierania w/w badań**  |  |
| **3** | Zamawiający wymaga podania następujących informacji dotyczących wszystkich wykonywanych badań laboratoryjnych:a) metodyka badańb) wartości referencyjne badańc) czas oczekiwania na wynik**Proszę przedstawić w/w informacje w postaci katalogu w formie załącznika**  |  |
| **5** | **Czas oczekiwania na wynik badania laboratoryjnego pilnego : maksymalnie do 6godzin.** |  |
| **6** | Wyniki badań laboratoryjnych muszą być autoryzowane przez diagnostę laboratoryjnego  |  |
| **7** | Oferent zapewni odbiór wyników badań wraz z opisem bezpośrednio pacjentowi lub osobie pisemnie upoważnionej przez pacjenta lub Zamawiającego |  |
| **9** | Personel wykonujący badania posiada wymagane kwalifikacje (technik analityk , diagnosta laboratoryjny, lekarz radiolog)**Podać liczbę specjalistów –proszę udokumentować** |  |
| **10** | Oferent jest zobowiązany dostarczyć oświadczenie o systemie wewnątrzlaboratoryjnej i zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości badań  |  |
| **11** | Oferent posiada sprzęt medyczny i aparaturę medyczną, przeznaczone do wykonywania świadczeń objętych zamówieniem, posiadający wymagane certyfikaty i atesty uprawniające do stosowania, które gotowy jest okazać na prośbę Zamawiającego. Proszę podać nazwy aparatów ( w tym RTG i USG )przewidzianych do wykonywania badań, rok produkcji, data ostatniego badania technicznego. |  |
| **12** | W przypadku wystąpienia problemów z wykonaniem badań oferent powinien natychmiast poinformować Zamawiającego i wskazać laboratorium, w którym badania będą na czas określony wykonywane. Materiał dostarcza na koszt własny.**Wykonawca nie może powierzyć wykonania badań innemu podmiotowi bez pisemnego powiadomienia i zgody Zamawiającego** |  |
| **13** | Udzielający zamówienie zastrzega sobie możliwość zlecania badań spoza katalogu zawartego w ofercie cenowej, po cenach jak dla dużego odbiorcy badań a nie jak dla odbiorcy indywidualnego, uzgodnionych przez Przyjmującego zamówienie i Udzielającego zamówienie. |  |
| **14** | Życzliwa współpraca z Zamawiającym świadczenia medyczne . |  |

……………………………….

 ***(podpis i pieczątka*** ***oferenta)***