

FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań wykonywanych dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu

I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa:.....
2. Adres:
 miejscowość kod pocztowy.....
 ul., nr lokalu, ...
 Tel/fax.
 email..... www.....
 Nazwa i numer konta bankowego
3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu

4. NIP.....
5. Regon.....
6. KRS.....

II. Proponowana cena poszczególnych badań będących przedmiotem konkursu oraz odległość od miejsca wykonywania badań:

Lp.	Nazwa badania	Cena brutto	Czas oczekiwania na wynik (dni)
1.	Ceruloplazmina		
2.	Ferytyna		
3.	Homocysteina		
4.	Kwas foliowy		
5.	Transferyna		
6.	Czynnik reumatoidalny - ilościowo		
7.	Homocysteina		
8.	Katecholaminy		
9.	Lipoproteina Lp(a)		
10.	Łańcuchy lekkie Kappa		
11.	Łańcuchy lekkie Lambda		
RAZEM BIOCHEMIA			-----
12.	Antykoagulant tocznia		
13.	Białko C		

14.	Wolne białko S		
RAZEM KOAGULOLOGIA			-----
15.	ACTH		
16.	Aldosteron		
17.	Androstendion		
18.	AMH		
19.	Anty - TG		
20.	DHEA		
21.	DHEA-S		
22.	Estriol wolny		
23.	GH - hormon wzrostu		
24.	Insulina		
25.	IGF-1		
26.	Peptyd C		
27.	17-OH progesteron		
28.	SHBG		
29.	Testosteron wolny		
30.	Tyreoglobulina		
31.	Wskaźnik insulinooporności HOMA-IR		
32.	IL-6 - wynik do 6 godzin		
RAZEM IMMUNOCHEMIA			-----
33.	CA 15-3		
34.	CA 19-9		
35.	PSA całkowity + PSA wolny		
36.	Beta 2 mikroglobulina		
37.	HE4		
38.	ROMA test		
39.	Chromogranina A (guz chromochłonny)		
RAZEM MARKERY NOWOTWOROWE			-----
40.	Borrelia p/c IgG		
41.	Borrelia p/c IgM		
42.	Borrelia p/c IgG Western Blot		
43.	Borrelia p/c IgM Western Blot		
44.	Chlamydia pneumoniae p/c IgA		
45.	Chlamydia pneumoniae p/c IgG		
46.	Chlamydia pneumoniae p/c IgM		
47.	Chlamydia trachomatis p/c IgA		
48.	Chlamydia trachomatis p/c IgG		
49.	Chlamydia trachomatis p/c IgM		
50.	Cytomegalia p/c IgG		
51.	Cytomegalia p/c IgM		

52.	Cytomegalia p/c IgG (AWIDNOŚĆ)		
53.	Epstein Barr wirus EBNA-1 IgG		
54.	Epstein Barr wirus VCA IgG		
55.	Epstein Barr wirus VCA IgM		
56.	Glista ludzka p/c IgG		
57.	Helicobacter pylori IgG		
58.	HIV Western Blot		
59.	Odra p/c IgG		
60.	Odra p/c IgM		
61.	Różyczka p/c IgG		
62.	Różyczka p/c IgM		
63.	Toxoplasma gondii p/c IgG awidność		
64.	Kiła, FTA – ABS		
65.	Kiła, TPHA		
66.	Mycoplasma pneumoniae p/c IgG		
67.	Mycoplasma pneumoniae p/c IgM		
68.	WZW typu A p/c IgM (anty-HAV IgM)		
69.	WZW typu A (przeciwciała całkowite) (anty-HAV total)		
70.	WZW typu B p/c IgM (anty-HBc IgM)		
71.	WZW typu B (przeciwciała całkowite) (anty-HBc total)		
72.	WZW typu B HBe antygen (HBe antygen)		
73.	WZW typu B, HBe przeciwciała (anty-HBe)		
RAZEM DIAGNOSTYKA INFЕКCJI			----
74.	ANA screen- test przesiewowy ELISA		
75.	ANA 1 test przesiewowy, met. IF		
76.	ANA 2, miano p.ciał		
77.	ANA 3		
78.	Panel wątrobowy specjalistyczny (LKM-1, SLA/LP, AMA-M2, LC-1)		
79.	Panel wątrobowy specjalistyczny - poszerzony (AMA-M2, AMA -3E, SP-100, PML, GP-210, LC-1, LKM-1, SLA/LP, Ro-52)		
80.	Anty CPP przeciwciała przeciwko cytrulinowanym peptydom		
81.	TRAB		
82.	P/c antykardiolipinowe IgG met. ELISA		
83.	P/c antykardiolipinowe IgM met. ELISA		

84.	P/c p/antygenom neutrofilów okołojądrowe met. IF (pANCA)		
85.	P/c p/antygenom neutrofilów cytoplazmatyczne met. IF (cANCA)		
86.	P/c p/mięśniom gładkim met. IF (ASMA)		
87.	P/c p/mitochondrialne met. IF (AMA)		
88.	P/c p/antygenom mikrosomalnym wątroby LKM		
89.	P/c p/endomysium (EMA) IgA		
90.	P/c p/endomysium (EMA) IgG		
91.	P/c p/transglutaminazie tkankowej IgA - tTG (ELISA)		
92.	P/c p/transglutaminazie tkankowej IgG - tTG (ELISA)		
RAZEM AUTOIMMUNODIAGNOSTYKA			----
93.	Kalprotektyna - ilościowo (met. ELISA)		
RAZEM BADANIE KAŁU			----
94.	Aldosteron w DZM		
95.	17-ketosteroidy w DZM		
96.	17- hydroksy-kortykoidy w DZM		
97.	Katecholaminy - panel DZM		
98.	Kortyzol w DZM		
99.	Kwas 5-hydroksyindolooctowy		
100.	Kwas deltaaminolewulinowy w moczu		
101.	Kwas homowanilinowy		
102.	Kwas wanilino-migdałowy		
103.	Metanefryna w DZM		
104.	Metoksykatecholaminy w DZM		
RAZEM BADANIE MOCZU			-----
105.	Kwas deltaaminolewulinowy w moczu		
106.	Miedź		
107.	Miedź w DZM		
108.	Ołów		
RAZEM TOKSYKOLOGIA			----
RAZEM KOSZT - ZAKRES NR II			

III. Dni i godziny pracy laboratorium wykonującej/ego świadczenia zdrowotne zgodnie z zadaniem:

Badania laboratoryjne - zakres II

IV. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację zamówienia z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na badania.

.....

.....

.....

VI. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienie na świadczenia zdrowotne oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Proszę podać co najmniej jedną osobę z danego zakresu

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Posiadane kwalifikacje i uprawnienia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

- oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
- oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o konkursie,
- oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez udzielającego zamówienia,
- oświadczamy, że spełniamy wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w standardach pracowni, laboratorium.
- oświadczamy, że zobowiązujemy się poddać kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie objętym umową

.....
podpis Oferenta