

**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)	Odległość w km
<b>ZADANIE NR 1</b>				
<b>BIOCHEMIA</b>				
1.	Proteinogram			
2.	Ceruloplazmina			
3.	Ferytyna			
4.	Homocysteina			
5.	Kwas foliowy			
6.	Transferyna			
7.	Czynnik reumatoidalny - ilościowo			
8.	Homocysteina			
9.	Katecholaminy			
10.	Lipoproteina Lp(a)			
11.	Łańcuchy lekkie Kappa			
12.	Łańcuchy lekkie Lambda			
<b>RAZEM BIOCHEMIA</b>			-----	-----

<b>KOAGULOLOGIA</b>			
13.	Antykoagulant tocznia		
14.	Białko C		
15.	Wolne białko S		
<b>RAZEM KOAGULOLOGIA</b>		-----	-----
<b>IMMUNOCHEMIA</b>			
16.	ACTH		
17.	Aldosteron		
18.	Androstendion		
19.	AMH		
20.	Anty - TG		
21.	DHEA		
22.	DHEA-S		
23.	Estriol wolny		
24.	GH - hormon wzrostu		
25.	Insulina		
26.	IGF-1		
27.	Peptyd C		
28.	17-OH progesteron		
29.	SHBG		
30.	Testosteron wolny		
31.	Tyreoglobulina		
32.	Witamina D3 (kalcydiol)		
33.	Wskaźnik insulinooporności HOMA-IR		
34.	IL-6 - wynik do 6 godzin		
35.	Kalcytonina		
<b>RAZEM IMMUNOCHEMIA</b>		-----	-----
<b>MARKERY NOWOTWOROWE</b>			
36.	CA 15-3		
37.	CA 19-9		
38.	PSA całkowity + PSA wolny		
39.	Beta 2 mikroglobulina		
40.	HE4		
41.	ROMA test		
42.	Chromogranina A (guz chromochłonny)		
<b>RAZEM MARKERY NOWOTWOROWE</b>		-----	-----
<b>DIAGNOSTYKA INFEKcji</b>			
43.	Borrelioza p/c IgG		
44.	Borrelioza p/c IgM		
45.	Borrelioza p/c IgG Western Blot		
46.	Borrelioza p/c IgM Western Blot		
47.	Chlamydia pneumoniae p/c IgA		

48.	Chlamydia pneumoniae p/c IgG			
49.	Chlamydia pneumoniae p/c IgM			
50.	Chlamydia trachomatis p/c IgA			
51.	Chlamydia trachomatis p/c IgG			
52.	Chlamydia trachomatis p/c IgM			
53.	Cytomegalia p/c IgG			
54.	Cytomegalia p/c IgM			
55.	Cytomegalia p/c IgG (AWIDNOŚĆ)			
56.	Epstein Barr wirus EBNA-1 IgG			
57.	Epstein Barr wirus VCA IgG			
58.	Epstein Barr wirus VCA IgM			
59.	Glista ludzka p/c IgG			
60.	Helicobacter pylori IgG			
61.	HIV Western Blot			
62.	Odra p/c IgG			
63.	Odra p/c IgM			
64.	Różyczka p/c IgG			
65.	Różyczka p/c IgM			
66.	Toxoplasma gondii p/c IgG awidność			
67.	Kiła, FTA			
68.	Kiła, FTA – ABS			
69.	Kiła, TPHA			
70.	Mycoplasma pneumoniae p/c IgG			
71.	Mycoplasma pneumoniae p/c IgM			
72.	WZW typu A p/c IgM (anty-HAV IgM)			
73.	WZW typu A (przeciwciała całkowite) (anty-HAV total)			
74.	WZW typu B p/c IgM (anty-HBc IgM)			
75.	WZW typu B (przeciwciała całkowite) (anty-HBc total)			
76.	WZW typu B HBe antygen (HBe antygen)			
77.	WZW typu B, HBe przeciwciała (anty-HBe)			
<b>RAZEM DIAGNOSTYKA INFEKCJI</b>			----	-----
<b>AUTOIMMUNODIAGNOSTYKA</b>				
78.	ANA screen- test przesiewowy ELISA			
79.	ANA 1 test przesiewowy, met. IF			
80.	ANA 2, miano p.ciał			
81.	ANA 3			
82.	Panel wątrobowy specjalistyczny (LKM-1, SLA/LP, AMA-M2, LC-1)			

83.	Panel wątrobowy specjalistyczny - poszerzony (AMA-M2, AMA-3E, SP-100, PML, GP-210, LC-1, LKM-1, SLA/LP, Ro-52)			
84.	AntyCPP			
85.	TRAB			
86.	P/c antykardiolipinowe IgG met. ELISA			
87.	P/c antykardiolipinowe IgM met. ELISA			
88.	P/c p/antygenom neutrofilów okołojądrowe met. IF (pANCA)			
89.	P/c p/antygenom neutrofilów cytoplazmatyczne met. IF (cANCA)			
90.	P/c p/mięśniom gładkim met. IF (ASMA)			
91.	P/c p/mitochondrialne met. IF (AMA)			
92.	P/c p/antygenom mikrosomalnym wątroby LKM			
93.	P/c p/endomysium (EMA) IgA			
94.	P/c p/endomysium (EMA) IgG			
95.	P/c p/transglutaminazie tkankowej IgA-tTG (ELISA)			
96.	P/c p/transglutaminazie tkankowej IgG-tTG (ELISA)			
<b>RAZEM AUTOIMMUNODIAGNOSTYKA</b>			----	-----
<b>BADANIE KAŁU</b>				
97.	Kalprotektyna - ilościowo (met. ELISA)			
<b>RAZEM BADANIE KAŁU</b>			----	-----
<b>BADANIE MOCZU</b>				
98.	Aldosteron w DZM			
99.	17-ketosteroidy w DZM			
100.	17- hydroksy-kortykoidy w DZM			
101.	Katecholaminy - panel DZM			
102.	Kortyzol w DZM			
103.	Kwas 5-hydroksyindolooctowy			
104.	Kwas deltaaminolewulinowy w moczu			
105.	Kwas homowanilinowy			
106.	Kwas wanilino-migdałowy			
107.	Metanefryna w DZM			
108.	Metoksykatecholaminy w DZM			
<b>RAZEM BADANIE MOCZU</b>			-----	-----
<b>TOKSYKOLOGIA</b>				
109.	Kwas deltaaminolewulinowy w moczu			
110.	Miedź			

111.	Miedź w DZM			
112.	Ołów			
<b>RAZEM TOKSYKOLOGIA</b>			----	-----
<b>RAZEM KOSZT - ZADANIE NR 1</b>				
<b>ZADANIE NR 2</b>				
113.	VDRL na cito			
114.	FTA na cito			
115.	FTA-ABS na cito			
<b>RAZEM KOSZT - ZADANIE NR 2</b>				
<b>ZADANIE NR 3</b>				
116.	CMV DNA w moczu met. PCR jakościowo <b>*Czas oczekiwania max 4 dni robocze</b>			
<b>RAZEM KOSZT - ZADANIE NR 3</b>				

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

Badania laboratoryjne - zadanie 1 .....

Badania laboratoryjne VDRL, FTA, FTA ABS - zadanie 2 .....

Badania laboratoryjne CMV DNA w moczu met. PCR jakościowo - zadanie 3.....

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 uznajemy prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....  
podpis Oferenta