Załącznik nr 1 do umowy

**Opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiot zamówienia stanowi udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wykonywania badań diagnostycznych **w placówkach Udzielającego Zamówienie (Ośrodek Zdrowia w Pilawie i Ośrodek Zdrowia –Filia w Trąbkach).**

OFERTA CENOWA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | NAZWA BADANIA | Orientacyjnailość badań wokresie umowy | Proponowana jednostkowa cena brutto badania | Wartość brutto |
|  | Morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi | 2.500 |  |  |
|  | Morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi | 15.300 |  |  |
|  | Retykulocyty | 885 |  |  |
|  | Odczyn opadania krwinek (OB.) | 14.590 |  |  |
|  | Sód | 12.500 |  |  |
|  | Potas | 14.000 |  |  |
|  | Wapń całkowity | 2.105 |  |  |
|  | Wapń zjonizowany | 25 |  |  |
|  | Żelazo | 4.035 |  |  |
|  | Żelazo-całkowita zdolność wiązania (TIBC) | 50 |  |  |
|  | Stężenie transferyny | 140 |  |  |
|  | Stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) | 1.250 |  |  |
|  | Mocznik  | 2.500 |  |  |
|  | Kreatynina | 11.800 |  |  |
|  | Glukoza | 15.000 |  |  |
|  | Test obciążenia glukozą | 1.000 |  |  |
|  | Białko całkowite | 400 |  |  |
|  | Proteinogram | 250 |  |  |
|  | Albumina | 150 |  |  |
|  | Białko C-reaktywne (CRP) | 5.600 |  |  |
|  | Kwas moczowy | 7.000 |  |  |
|  | Cholesterol całkowity | 2.600 |  |  |
|  | Cholesterol – HDL | 1.140 |  |  |
|  | Cholesterol – LDL | 1.140 |  |  |
|  | Triglicerydy (TG) | 1.180 |  |  |
|  | Bilirubina całkowita | 2.000 |  |  |
|  | Bilirubina bezpośrednia | 25 |  |  |
|  | Fosfataza alkaliczna ( ALP ) | 25 |  |  |
|  | Aminotransferaza asparginianowa ( AST ) | 7.550 |  |  |
|  | Aminotransferaza alaninowa ( ALT ) | 10.000 |  |  |
|  | Gammaglutamylotranspeptydaza ( GGTP ) | 4.300 |  |  |
|  | Amylaza | 1.590 |  |  |
|  | Kinaza kreatynowa ( CK ) | 1.000 |  |  |
|  | Fosfataza kwaśna całkowita ( ACP ) | 10 |  |  |
|  | Ferrytna | 1.500 |  |  |
|  | Fosfotaza zasadowa | 40 |  |  |
|  | Czynnik reumatoidalny ( RF ) | 1.000 |  |  |
|  | Miano antystreptolizyn ( ASO ) | 750 |  |  |
|  | Hormon tyreotropowy ( TSH ) | 10.700 |  |  |
|  | Antygen HBs-AgHBs | 175 |  |  |
|  | HBs przeciwciała | 100 |  |  |
|  | VDRL | 50 |  |  |
|  | FT3 | 3.510 |  |  |
|  | FT4 | 7.160 |  |  |
|  | PSA- Antygen swoisty dla stercza całkowity | 2.500 |  |  |
|  | Ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu | 13.000 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenia białka w moczu | 40 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenie glukozy w moczu | 20 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenie wapnia w moczu | 25 |  |  |
|  | Ilościowe oznaczenie amylazy w moczu | 20 |  |  |
|  | Bilirubina w moczu | 5 |  |  |
|  | Badanie ogólne kału | 50 |  |  |
|  | Pasożyty w kale | 2.545 |  |  |
|  | Posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella | 25 |  |  |
|  | Kał-G.Lambrai met-Elisa | 260 |  |  |
|  | Krew utajona w kale met.immunochemuiczną | 500 |  |  |
|  | Fibrynogen | 150 |  |  |
|  | Posiew moczu z antybiogramem | 1.265 |  |  |
|  | Posiew wymazu z gardła z antybiogramem | 75 |  |  |
|  | Wskaźnik protrabinowy ( INR ) | 3.500 |  |  |
|  | Czas kaolinowo-kefalinowy ( APTT ) | 730 |  |  |
|  | Próba zgodności serologicznej  | 20 |  |  |
|  | Diagnostyka konfliktu matczyno-płodowego | 15 |  |  |
|  | Borelioza IgG | 250 |  |  |
|  | Borelioza IgM | 200 |  |  |
|  | Kiła przeciwciała IgG/IgM | 200 |  |  |
|  | HCV przeciwciała | 250 |  |  |
|  | Toxoplazmoza gondi przeciwciała IgG | 400 |  |  |
|  | Toxoplazmoza gondi przeciwciała IgM | 400 |  |  |
|  | Odczyn Waalera-Rosego | 25 |  |  |
|  | Prolaktyna | 100 |  |  |
|  | HIV Ag/Ab | 150 |  |  |
|  | CA 125 | 125 |  |  |
|  | Różyczka IgG | 50 |  |  |
|  | Różyczka IgM | 50 |  |  |
|  | CMV( Cytomegalovirus) IgG | 100 |  |  |
|  | CMV( Cytomegalovirus) IgM | 100 |  |  |
|  | Testosteron | 100 |  |  |
|  | Progesteron | 100 |  |  |
|  | Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh | 100 |  |  |
|  | FSH | 50 |  |  |
|  | LH | 50 |  |  |
|  | Beta-HCG | 100 |  |  |
|  | Badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – posiew i antybiogram | 275 |  |  |
|  | Badanie mikroskopowe materiału biologicznego-badanie cytologiczne | 275 |  |  |
|  | Wymaz z pochwy | 100 |  |  |
|  | Prolaktyna test metoclopramid | 25 |  |  |
|  | Magnez | 250 |  |  |
|  | **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** |  |  |  |  |  |  |

UWAGA:

Ilość poszczególnych badań zawarta w formularzu oferenta ma charakter szacunkowy, obejmuje okres 60 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 60 miesięcy od dnia podpisania umowy.

*Ankieta do załącznika nr 1 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 ( nie mogą być zlecane podwykonawcy ) .Zamawiający wymaga , aby miejsce wykonywania świadczeń znajdowało się na terenie Polski (możliwość wglądu zamawiającego w proces diagnostyczny)**Proszę podać miejsca wykonywania w/w badań**  |  |
| **2** | Oferent w cenie badań zapewni pojemniki na pobierane materiały do badań i opakowania zbiorcze w ilości zapewniającej realizację zamówienia, które będą dostarczane sukcesywnie przez Oferenta do siedziby Zamawiającego w terminie 2 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia telefonicznego |  |
| **3** | Oferent zapewni odbiór i transport materiału pięć razy w tygodniu od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 10.00 a 10.30 na własny koszt z Ośrodka Zdrowia w Pilawie i z Filii w Trąbkach i zobowiązuje się do jego przewożenia w warunkach gwarantujących prawidłowe ich wykonanie Odbiór materiałów do badania i wyników badań strony będą kwitowały w rejestrze badań prowadzonym przez Zamawiającego. Badania muszą trafić do właściwego laboratorium najpóźniej w ciągu 2 godzin od ich odbioru. |  |
| **4** | Zamawiający wymaga podania następujących informacji dotyczących wszystkich wykonywanych badań :1. metodyka badań
2. wartości referencyjne badań
3. materiał do badania
4. sposób pobrania materiału
5. warunki przechowywania i transportu materiału
6. czas transportu materiału
7. czas oczekiwania na wynik

**Proszę przedstawić w/w informacje w postaci katalogu w formie załącznika**  |  |
| **5** | **Czas oczekiwania na wynik badania pilnego : maksymalnie do 6 godzin od odbioru materiału** |  |
| **6** | Wyniki pilne i patologiczne,stanowiące zagrożenie życia muszą być przesłane elektronicznie, natychmiast po ich uzyskaniu a ich odbiór potwierdzony telefonicznie |  |
| **7** | Wyniki badań muszą być autoryzowane przez diagnostę laboratoryjnego  |  |
| **8** | Wyniki badań muszą być dostarczane 5 dni w tygodniu, od poniedzialku do piątku**Proszę podać minimalny i maksymalny czas wykonania badań rutynowych** |  |
| **9** | W cenie badań oferent zapewni dostęp internetowy do wyników badań a także integracje systemów informatycznych w zakresie przesyłania zleceń i odbierania wyników badań w standardzie komunikacji HL7CDA |  |
| **10** | Personel laboratorium wykonujący badania posiada wymagane kwalifikacje (technik analityk , diagnosta laboratoryjny)**Podać liczbę specjalistów –proszę udokumentować** |  |
| **11** | Oferent jest zobowiązany dostarczyć oświadczenie o systemie wewnątrzlaboratoryjnej i zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości badań  |  |
| **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 -załącznik nr 4 po cenach jak dla dużego odbiorcy badań a nie jak dla odbiorcy indywidualnego, uzgodnionych przez Przyjmującego zamówienie i Udzielającego zamówienie. |  |
| **14** | Właściwa współpraca z Zamawiającym świadczenia medyczne . |  |

 ……………………………….

 *(podpis i pieczątka oferenta)*