***Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

**O F E R T A**

Postępowanie ……………………………………….…………………………………………………………………………...

*( wpisać przedmiot postępowania)*

……………………………………………………………………………………………………….……………………………………

**Oferent:** .............................................………………………………………………………….………………………

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

…………..........................................................................................................................................

Oferta zawiera …… kolejno ponumerowanych stron.

………………………………………….

(*podpis i pieczątka oferenta)*

***Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu* *badań laboratoryjnych*

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

Wzór spisu treści

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie .................……………………….………………………………………………………….………………….

*(wpisać przedmiot postępowania oferty)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Spis treści:**

Nr strony (od - do)

1. ………………………………………………………... ……………………….…...
2. ………………………………………………………... …………………….………
3. ………………………………………………………... …………………….………
4. ………………………………………………………… ……..………......……….

Oferent: .................………………………………………….…………………………………………………………...………

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

.................………………………………………………………………………………………………………………………....……

....................................................

*(podpis i pieczątka Oferenta)*

***Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu**badań laboratoryjnych*

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

# Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

# FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na…………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….......………*…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………. (wpisać przedmiot postępowania)*

- ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4 oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadamy przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że spełniam wymagane parametry graniczne, określone w załączniku Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że posiadamy odpowiedni sprzęt specjalistyczny oraz pozwolenia w zakresie wykonywania przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
8. Oświadczam, że:
9. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
10. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
11. akceptuję projekt umowy, i zapisy w nim zawarte;
12. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oświadczam, ze oferta składa się z ................ponumerowanych stron.

..................................................

*(podpis i pieczątka oferenta)*

***Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań laboratoryjnych*

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

**Wzór oferty cenowej**

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(wpisać przedmiot postępowania)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oferta cenowa**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie badań …………………………….………………………………………………………………………………………………………………….. na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4.

**Zadanie nr 1 - badania laboratoryjne molekularne i cytogenetyczne**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba**  **usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
|  | HBV DNA – oporność genetyczna na lamiwudynę i adefowir - Test IVD | 50 |  |  |  |
|  | HBV DNA – oporność genetyczna na entekawir - Test IVD | 50 |  |  |  |
|  | HBV DNA – oporność genetyczna na lamiwudynę, adefowir i entekawir - Test IVD | 50 |  |  |  |
|  | CMV DNA - metoda Real Time PCR - wykrywanie w innym materiale niż surowica lub osocze – tj. pmr, mocz - Test IVD | 10 |  |  |  |
|  | Toksoplazmoza wykrywanie DNA Toksoplazma gonidii metodą real-time PCR w surowicy - Test IVD | 10 |  |  |  |
|  | Toksoplazmoza wykrywanie DNA Toksoplazma gonidii metodą real-time PCR w płynie mózgowo-rdzeniowym - Test IVD | 10 |  |  |  |
|  | Wirusy układu oddechowego - wykrywanie:  - wirusa grypy typu A i B,  - wirusa RS typu A i B,  - wirusa parainfluenzy typu 1,2,3,  - wirusa hMPV,  - adenowirusa,  - rhinowirusa,  - coronawirusa 229E/NL63 i C43/NKU1 | 10 |  |  |  |
|  | EBV DNA - metoda Real Time PCR - wykrywanie w osoczu EDTA, płynie mózgowo-rdzeniowym - Test ilościowy IVD | 5 |  |  |  |
|  | Oznaczenie jakościowe patogenów w płynie mózgowo-rdzeniowym przy użyciu metody Real-Time PCR:  - Adenowirus,  - Varicella-zoster virus,  - Human herpesvirus 6,  - Human herpesvirus 7,  - EBV,  - Herpes simplex virus 1,2  - Enterovirus,  - hCMV,  - Human Parechovirus,  - Parvovirus B19 | 10 |  |  |  |
| **BADANIA MOLEKULARNE - Mieloproliferacje** | | | | | |
|  | Badanie mutacji genu JAK2 V617F jakościowo | 50 |  |  |  |
|  | BCR/ABL1 transkrypt p190, p210/230 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie mutacji W515K/L w genie MPL | 10 |  |  |  |
|  | Badanie mutacji w eksonie 9 genu CALR | 10 |  |  |  |
|  | Badanie mutacji w eksonie 12 genu JAK2 | 10 |  |  |  |
| **BADANIA MOLEKULARNE - Trombofilia** | | | | | |
|  | Analiza polimorfizmu genu MTHFR C677T | 50 |  |  |  |
|  | Analiza polimorfizmu genu MTHFR A1289C | 50 |  |  |  |
| **BADANIA MOLEKULARNE - Hemochromatoza** | | | | | |
|  | Badanie mutacji genu HFE  (C282Y, H63D i S65C) | 10 |  |  |  |
| **BADANIA MOLEKULARNE - CML** | | | | | |
|  | Badanie BCR/ABL 1 transkrypt p190, p210/230 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie BCR/ABL1 (p210) ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Analiza mutacji i polimorfizmów w domenie kinazy BCR/ABL 1 | 10 |  |  |  |
| **BADANIA MOLEKULARNE - ALL** | | | | | |
|  | Badanie ETV6/RUNX1 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie ETV6/RUNX1 ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie BCR/ABL1 transkrypt p190, p210/230 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie BCR/ABL1 (p190) ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie STIL/TAL1 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie STIL/TAL1 ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie KMT2A/AFF1 (MLL/AF4) jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie KMT2A/AFF1 (MLL/AF4) ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie TCF3/PBX1 (wcześniej E2A/PBX1) oznaczenie jakościowe | 10 |  |  |  |
|  | Badanie TCF3/PBX1 (wcześniej E2A/PBX1) badanie ilościowe | 10 |  |  |  |
|  | Badanie klonalnej rearanżacji genów kodujących IGL, IGK, IGH | 10 |  |  |  |
| **BADANIA MOLEKULARNE - AML** | | | | | |
|  | Badanie BCR/ABL 1 (p190) ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie BCR/ABL 1 (p210) ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie PML/RARA jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie PML/RARA (bcr1, L-Form) ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie PML/RARA (bcr3, S-Form) ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie CBFB/MYH11 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie CBFB/MYH11 ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie RUNX1/RUNX1T1 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie RUNX1/RUNX1T1 ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie BCR/ABL1 transkrypt p190, p210/230 jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | FLT3 - badanie ITD i mutacji D835 | 10 |  |  |  |
|  | NPM1 - badanie mutacji typu A,B i D | 10 |  |  |  |
|  | Ekspresja genu WT1 ilościowo | 10 |  |  |  |
|  | KMT2A/PTD (MLL/PTD) jakościowo | 10 |  |  |  |
|  | Badanie mutacji w genie CEBPA | 10 |  |  |  |
| **BADANIA CYTOGENETYCZNE - ALL** | | | | | |
|  | Kariotyp metodą GTG | 10 |  |  |  |
|  | t(9;22) BCR/ABL1 | 10 |  |  |  |
|  | t(12;21) ETV6/RUNX1 | 10 |  |  |  |
|  | KMT2A (11q23) | 10 |  |  |  |
|  | t(4;11) KMT2A/AFF1 | 10 |  |  |  |
|  | CDKN2A (9p21/9q21) | 10 |  |  |  |
|  | TCF3 (19p13.3) | 10 |  |  |  |
|  | T(11;19) KMT2A/MLLT1 | 10 |  |  |  |
|  | NUP98 (11p15) | 10 |  |  |  |
| **BADANIA CYTOGENETYCZNE - AML** | | | | | |
|  | t(15;17) PML/RARA | 10 |  |  |  |
|  | t(8;21) RUNX1/RUNX1T1 | 10 |  |  |  |
|  | t(16;16); inv(16) CBFB/MYH11 | 10 |  |  |  |
|  | t(6;9) DEK/NUP214 | 10 |  |  |  |
|  | t(9;11) KMT2A/MLLT3 | 10 |  |  |  |
|  | t(6;11) KMT2A/MLLT4 | 10 |  |  |  |
| **BADANIA CYTOGENETYCZNE - CLL** | | | | | |
|  | DLEU1 (13q14/13qter) | 10 |  |  |  |
|  | GLI1 (12q13/SE12) | 10 |  |  |  |
|  | ATM (11q22/SE11) | 10 |  |  |  |
|  | TP53 (17p13/SE17) | 10 |  |  |  |
| **BADANIA CYTOGENETYCZNE - MDS** | | | | | |
|  | 5q (5q31;5q33)/TERT | 10 |  |  |  |
|  | 7q (7q22;7q36)/SE7 | 10 |  |  |  |
|  | 20q (20q12/20q11) PTPRT/MAPRE1 | 10 |  |  |  |
|  | t(3;3);inv(3) MECOM | 10 |  |  |  |
|  | SE8 (chromosom 8 centromer) | 10 |  |  |  |
| **ZESPÓŁ EOZYNOFILOWY** | | | | | |
|  | FIP1L1/CHIC2/PDGFRA(4q12) | 10 |  |  |  |
| **SZPICZAK PLAZMOCYTOWY** | | | | | |
|  | t(4;14)FGFR3/IGH | 10 |  |  |  |
|  | t(11;14)MYEOV/IGH | 10 |  |  |  |
|  | t(14;16)MAF/IGH | 10 |  |  |  |
|  | IGH(14q32) | 10 |  |  |  |
| **CHŁONIAKI** | | | | | |
|  | t(8;14)MYC/IGH | 10 |  |  |  |
|  | t(11;14)CCND1/IGH | 10 |  |  |  |
|  | t(14;18)BCL2/IGH | 10 |  |  |  |
|  | IGH(14q32) | 10 |  |  |  |
|  | MALT1(18q21) | 10 |  |  |  |
|  | BCL6(3q27) | 10 |  |  |  |
|  | TRA/TRD(14q11) | 10 |  |  |  |
|  | TRB(7q34) | 10 |  |  |  |
| Razem brutto (zł) | | | | | |

Słownie brutto: ……………………………………………………………

**Uwaga !**

Wskazanie w kolumnie orientacyjnej liczby badań nie stanowi minimalnej ilości jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Oferentowi do wykonania w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać …………….….. osób posiadających następujące kwalifikacje:

1 …………………………………………………………………………………………..,

2 …………………………………………………………………….......................,

3 …………………………………………………………………………………………..,

4 ……………………………………………………………………........................,

5 …………………………………………………………………………………………..,

6 ……………………………………………………………………........................

Proszę określić warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny

………………….………………………………………………………………………………………………………………………….……………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Proszę podać dane dotyczącego każdego badania według wzoru poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA BADANIA** | **..………….** | **……………** |
| DANE LABORATORIUM WYKONUJĄCEGO BADANIE  (nazwa, adres, telefon kontaktowy) |  |  |
| RODZAJ MATERIAŁU ORAZ MINIMALNA ILOŚĆ MATERIAŁU KONIECZNA DO WYKONANIA BADANIA |  |  |
| WARUNKI PRZECHOWYWANIA I TRANSPORTU MATERIAŁU |  |  |
| METODA WYKONYWANIA BADANIA  (metoda analityczna) |  |  |
| INTERPETACJA WYNIKU  (określenie wyników uznanych  za prawidłowe) |  |  |
| OPIS DOTYCZĄCY PROWADZENIA KONTROLI WEWNĘTRZNEJ |  |  |
| UDZIAŁ W KONTROLI ZEWNĄTRZLABORATORYJNEJ  (załączyć potwierdzenie) |  |  |

**Zadanie nr 2 - badania laboratoryjne specjalistyczne z dziedziny zakażeń, autoimmunologii i biochemii**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba**  **usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
| 1 | Serodiagnostyka choroby kociego pazura /Bartonella henselae/ przeciwciała  w klasie IgM | 10 |  |  |  |
| 2 | Serodiagnostyka choroby kociego pazura  /Bartonella henselae / przeciwciała  w klasie IgG | 10 |  |  |  |
| 3 | Wirus świnki przeciwciała w klasie IgM | 5 |  |  |  |
| 4 | Wirus świnki przeciwciała w klasie IgG | 5 |  |  |  |
| 5 | Toksoplazmoza p/c w klasie IgA | 20 |  |  |  |
| 6 | Pneumocystoza przeciwciała w klasie IgM i IgG Pnemocistis jiroveci /met.IFP/ | 5 |  |  |  |
| 7 | Leptospiroza - przeciwciała w surowicy  w klasie IGM, IGG metodą ELISA | 5 |  |  |  |
| 8 | Riketsjoza - przeciwciała w surowicy  w klasie IGM, IGG | 5 |  |  |  |
| 9 | Przeciwciała p- β2-glikoproteinie I  w klasie IGA, IGG, IGM (test przesiewowy) | 20 |  |  |  |
| 10 | Przeciwciała gliadynowe (AGA) w klasie IGA (IIF) | 20 |  |  |  |
| 11 | Przeciwciała gliadynowe (AGA) w klasie IGG (IIF) | 20 |  |  |  |
| 12 | Przeciwciała przeciwko  *endomysium IGA Ema* (IIF) | 20 |  |  |  |
| 13 | Przeciwciała przeciwko  *endomysium IGG* *Ema* (IIF) | 20 |  |  |  |
| 14 | Przeciwciała w surowicy przeciwko  *receptorom acetylocholiny* | 5 |  |  |  |
| 15 | Poziom serotoniny w surowicy | 5 |  |  |  |
| 16 | Poziom miedzi w surowicy lub moczu | 200 |  |  |  |
| 17 | 17 – ketosterydy w dobowej zbiórce moczu | 200 |  |  |  |
| 18 | Wykrywanie porfiryn w moczu | 25 |  |  |  |
| 19 | Wykrywanie pochodnych fenotiazyny w moczu | 25 |  |  |  |
| Razem brutto (zł) | | | | | |

Słownie brutto: ……………………………………………………………

**Uwaga !**

Wskazanie w kolumnie orientacyjnej liczby badań nie stanowi minimalnej ilości jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Oferentowi do wykonania w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać …………….….. osób posiadających następujące kwalifikacje:

1 …………………………………………………………………………………………..,

2 …………………………………………………………………….......................,

3 …………………………………………………………………………………………..,

4 ……………………………………………………………………........................,

5 …………………………………………………………………………………………..,

6 ……………………………………………………………………........................

Proszę określić warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Proszę podać dane dotyczącego każdego badania według wzoru poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA BADANIA** | **..………….** | **……………** |
| DANE LABORATORIUM WYKONUJĄCEGO BADANIE  (nazwa, adres, telefon kontaktowy) |  |  |
| RODZAJ MATERIAŁU ORAZ MINIMALNA ILOŚĆ MATERIAŁU KONIECZNA DO WYKONANIA BADANIA |  |  |
| WARUNKI PRZECHOWYWANIA I TRANSPORTU MATERIAŁU |  |  |
| METODA WYKONYWANIA BADANIA  (metoda analityczna) |  |  |
| PRZEDZIAŁ REFERENCYJNY  (określenie przedziału wyników uznanych za prawidłowe) |  |  |
| OPIS DOTYCZĄCY PROWADZENIA KONTROLI WEWNĘTRZNEJ |  |  |
| UDZIAŁ W KONTROLI ZEWNĄTRZLABORATORYJNEJ  **W 2018 lub 2019 roku**  (załączyć potwierdzenie) |  |  |

***Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań laboratoryjnych*

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie.*

**Wzór danych o Oferencie**

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie …………..………………………………….....................................................

*(wpisać przedmiot postępowania)*

…………………………………………………………………………………………..........

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa oferenta - numer wpisu do właściwego rejestru, numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ (KRS, ewidencja działalności gospodarczej).

…………………………………………………………………………………………………….……….

2. Adres Oferenta

ul……………………………………., nr…………………………………………………………...…

Kod pocztowy……………………., miejscowość…………………………………………..

Telefon……………………………, fax………………………………………………………….…

Regon………………………..NIP…………………………………………………………….……..

Nazwa banku, nr rachunku ………………………………………………………………….

Wymagane dokumenty:

Kserokopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz odpis aktualnych rejestrów (KRS, ewidencji o działalności gospodarczej) potwierdzający, że profil działania Oferenta odpowiada profilowi usług objętych niniejszym konkursem.

……………………………….

*(Podpis i pieczątka Oferenta)*