***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 oferent)*

***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 z zakresu zakażeń:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba****usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
|  | Wirus Herpes simplex 1,2 p/c w klasie IgM | 50 |  |  |  |
|  | Wirus Herpes simplex 1,2 p/c w klasie IgG | 50 |  |  |  |
|  | Krztusiec p/c w klasie IgM | 30 |  |  |  |
|  | Krztusiec p/c w klasie IgG | 30 |  |  |  |
|  | Krztusiec p/c w klasie IgA | 30 |  |  |  |
|  | Echinokokoza p/c w klasie IgG | 150 |  |  |  |
|  | Echinokokoza IgG-test Western blot | 5 |  |  |  |
|  | Bąblowica odczyn immunoenzymatyczny w kierunku bąblowicy E.multilocularis | 5 |  |  |  |
|  | Toksokaroza p/c w klasie IgG | 200 |  |  |  |
|  | Antygen mannanowy |  150 |  |  |  |
|  | Antygen galaktomannanowy |  50 |  |  |  |
| Razem brutto (zł) |

**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) |  |  |
| PROWADZENIE KONTROLI WEWNĘTRZNEJ(załączyć kopię wydruku z dowolnego dnia 2020 lub 2021 roku) |  |  |
| UDZIAŁ W KONTROLI ZEWNĄTRZLABORATORYJNEJ**w 2020 roku**(załączyć potwierdzenie) |  |  |
| OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA UDZIELANIE INFORMACJI |  |  |
| OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA PRZYJMOWANIE REKLAMACJI |  |  |

**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** |
|  | Antytrombina III | 50 |  |  |  |
|  | Białko C | 20 |  |  |  |
|  | Białko S | 20 |  |  |  |
|  | Test przesiewowy oraz test potwierdzenia obecności antykoagulantu toczniowego (test dRVVT) | 20 |  |  |  |
|  | C- peptyd | 50 |  |  |  |
|  | Czynnik wzrostu IGF-1 | 100 |  |  |  |
|  | Aldosteron | 10 |  |  |  |
|  | Renina | 10 |  |  |  |
|  | Erytropoetyna | 10 |  |  |  |
|  | SHBG | 30 |  |  |  |
|  | Kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM  | 50 |  |  |  |
|  | Kwas wanilinomigdałowy w DZM | 20 |  |  |  |
|  | Homocysteina | 20 |  |  |  |
|  | Mioglobina | 20 |  |  |  |
|  | AMH | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/gangliozydom(GMI) | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/rec. Acetylocholiny (AChRAb) | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/Fasciola hepatica | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała anty GAD | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała anty IA2 | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała ICA | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/ kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/ czynnikowi wewn. Castle’a i kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p- β2-glikoproteinie I w klasie IGG | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p- β2-glikoproteinie I w klasie IGM | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/ akwaporynie 4 (AQP4) | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/ NMDA | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/ WZW typu E – Western Blot | 10 |  |  |  |
|  | HEV RNA – wynik jakościowy, metoda Real-Time PCR | 10 |  |  |  |
|  | Przeciwciała p/ WZW typu D | 10 |  |  |  |
|  | Panel neurologiczny: p-**ciała Hu, Yo, CV2, Ri, M2/Ta, Amphiphysin** | 20 |  |  |  |
|  | Kwasy żółciowe całkowite ilościowo | 20 |  |  |  |
|  | Przeciwciała anty - MOG | 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) |  |  |
| PRZEDZIAŁ REFERENCYJNY(określenie przedziału wyników uznanych za prawidłowe) |  |  |
| PROWADZENIE KONTROLI WEWNĘTRZNEJ(załączyć kopię wydruku z dowolnego dnia 2020 lub 2021 roku) |  |  |
| UDZIAŁ W KONTROLI ZEWNĄTRZLABORATORYJNEJ**w 2020 roku**(załączyć potwierdzenie) |  |  |
| OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA UDZIELANIE INFORMACJI |  |  |
| OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA PRZYJMOWANIE REKLAMACJI |  |  |

**Zadanie nr 3 – wykonywanie oceny immunofenotypowej różnych materiałów biologicznych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba****usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
|  | Badanie immunofenotypowe – diagnostyka MM | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – diagnostyka MDS | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – diagnostyka chorób limfoproliferacyjnych | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – diagnostyka AML, ALL | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – diagnostyka PNH | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – diagnostyka MPN | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – ZAP-70 | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – ocena choroby resztkowej AML/ALL | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – pancytopenia | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – leukopenia | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – diagnostyka powiększonych węzłów chłonnych | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – splenomegalia | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – leukocytoza | 10 |  |  |  |
|  | Badanie immunofenotypowe – gammapatie monoklonalne | 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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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) |  |  |
| PROWADZENIE KONTROLI WEWNĘTRZNEJ(załączyć kopię wydruku z dowolnego dnia 2020 lub 2021 roku) |  |  |
| CERTYFIKATY MIĘDZYNARODOWE POTWIERDZAJĄCE UMIEJĘTTNOŚCI PERSONELU**w 2020 roku**(załączyć potwierdzenie) |  |  |
| OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA UDZIELANIE INFORMACJI |  |  |
| OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA PRZYJMOWANIE REKLAMACJI |  |  |

***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)*