



SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W SZCZECINIE

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
www.spwsz.szczecin.pl
NIP: 851-25-37-954 REGON: 000290274
Numer rejestrowy w BDO 000028674
PEKAO S.A. 57 1240 6292 1111 0010 7358 3739



Szpital
bez bólu

Szczecin, 23.07.2024

ZMIANA SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny w Szczecinie informuje, iż w ramach konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. wykonywania badań laboratoryjnych specjalistycznych z zakresu biologii molekularnej,
2. wykonywania badań laboratoryjnych specjalistycznych z zakresu alergologii,
3. wykonywania badań laboratoryjnych z zakresu diagnostyki zakażeń, autoimmunologii i biochemii.

dokonuje zmian w SWKO polegających na:

1. ujednoczeniu nazewnictwa poprzez wprowadzenie w całej dokumentacji określić: „Udzielający Zamówienia” i „Przyjmujący Zamówienie”,
2. załączeniu nowego wzoru umowy (zał. Nr 7a i nr 7b) w związku z dodaniem ust. 4 w §3 oraz zmianą §5 ust.2,
3. wprowadzeniu nowego wzoru oferty cenowej (załącznik nr5 do SWKO) w związku z zmianą nagłówka kolumny 3 tabeli:
 - było: orientacyjna liczba usług/rok
 - jest: orientacyjna liczba usług/w okresie 3 lat.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego
w Szczecinie

Małgorzata Usielska

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax: 91 462 04 94

**Załącznik nr 7a do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań laboratoryjnych
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Szczecinie.**

**UMOWA W ZAKRESIE REALIZACJI
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniuw Szczecinie pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespólnym w Szczecinie z siedzibą przy ul. Arkońskiej 4, 71-455 Szczecin, wpisanym do rejestru stowarzyszeń i innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS:0000003593; posiadającym NIP: 851-25-37-954; nr Regon:000290274

zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia**”

reprezentowanym przez:

.....

a

.....

.....

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”,

reprezentowaną przez:

.....

.....

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu, wymienionych w **Załączniku** do niniejszej umowy.
2. Integralną częścią umowy są Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert oraz oferta Przyjmującego zamówienie.

§ 2

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
2. Przyjmujący zamówienie przyjmuje pełną odpowiedzialność za wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
3. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przez personel medyczny Przyjmującego zamówienie, zgodnie z informacjami zawartymi w ofercie Przyjmującego zamówienie, stanowiącej integralną część niniejszej umowy.
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przy użyciu sprawnego sprzętu medycznego, zapewniającego bezpieczeństwo pacjenta w trakcie badania.
5. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w §1, wykonywane będą w pomieszczeniach Przyjmującego zamówienie lub jego podwykonawcy, z użyciem aparatury i sprzętu medycznego będącego w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.
6. Badania będą wykonywane zgodnie z zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej. Zmiana miejsca wykonywania badania może nastąpić wyłącznie za pisemną zgodą Zamawiającego.

§ 3

1. Udzielający zamówienia zleca Przyjmującemu zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy w zależności od potrzeb Udzielającego zamówienie.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax: 91 462 04 94

2. Przyjmujący zamówienie wykona badania wyłącznie na podstawie skierowania lekarza Uprawnionego przez Udzielającego zamówienie (zatrudnionego lub pozostającego w stosunku cywilnoprawnym z udzielającym zamówienia) lub listy zleconych badań zawierającej wszystkie dane wskazane w ust. 3 oraz podpis Uprawnionego przez Udzielającego zamówienie lekarza.
3. Skierowanie powinno zawierać dane osobowe pacjenta, niezbędne informacje o stanie pacjenta, pieczętkę nagłówkową komórki kierującej, oraz pieczętkę imienną lekarza kierującego i jego podpis.
4. Skierowanie o którym mowa w ust. 2 i 3 będzie dostarczane wraz z materiałem do badań.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie oraz jego podwykonawcy zobowiązują się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przyjmujący zamówienie oraz jego podwykonawcy zobowiązują się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie oraz jego podwykonawcy zobowiązują się do aktualizacji danych dotyczących złożonej oferty maksymalnie w ciągu 30 dni od daty dokonanej zmiany.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przesłania dokumentów potwierdzających brak udziału lub udziału laboratorium w kontroli międzylaboratoryjnej za rok 2024 do 31.03.2025r, za rok 2025 do 31.03.2026r. oraz za rok 2026 do 31.03.2027r. – w przypadku gdy laboratorium bierze udział w kontroli zewnętrznej w dniu podpisania umowy - pod rygorem rozwiązania umowy.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych pacjentów w myśl ustawy o ochronie danych osobowych.
6. Przekazanie wyników badań winno nastąpić osobiście albo za pośrednictwem systemów elektronicznych albo za pośrednictwem poczty kurierskiej w zamkniętych i zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich pakietach.

§ 5

1. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie z tytułu udzielonych świadczeń należność w wysokości określonej w **Załączniku** do umowy.
2. Zapłata następować będzie po zakończeniu każdego miesiąca realizacji umowy na podstawie faktury VAT wystawionej w wersji papierowej przez Przyjmującego zamówienie, na kwotę odpowiadającą sumie iloczynów wykonanych świadczeń i ich cen, na jego konto bankowe określone każdorazowo na fakturze w terminie 21 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
3. W przypadku braku możliwości wykonywania świadczenia objętego umową (której nie można było wcześniej przewidzieć), Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zachowania ciągłości realizacji umowy, powiadamiając niezwłocznie Udzielającego zamówienia o sposobie zabezpieczenia wykonania usług w ramach umowy oraz za zgodą Zamawiającego ustalić jego odpowiednik bez względu na koszt jego pozyskania.

§ 6

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia zawarcia umowy, tj. do dnia r. (36 miesięcy);
2. Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
 - a) odmowy poddania się kontroli NFZ lub Udzielającego zamówienie;
 - b) 30-dniowej przerwy w udzielaniu świadczeń;
 - c) co najmniej dwukrotnie stwierdzonego błędu w wykonanych badaniach (dwukrotnie uzasadnionej reklamacji),
 - d) stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonywania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie, jak również w przypadku stwierdzenia istotnych uchybień dotyczących trybu, zakresu i jakości wykonywanych usług przewidzianych niniejszą umową,

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax: 91 462 04 94

- e) braku udokumentowania przez Przyjmującego zamówienie - w terminie 30 dni od daty podpisania umowy - zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
 - f) braku aktualizacji danych złożonej oferty lub braku uzupełnienia dokumentów potwierdzających udział laboratorium w kontroli międzylaboratoryjnej za rok 2024 do 31.03.2025r., za rok 2025 do 31.03.2026r. oraz za rok 2026 do 31.03.2027r.
3. Przyjmującemu zamówienie przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w przypadku zwłoki w zapłacie należności przez Udzielającego zamówienie przekraczającej 90 dni, po wcześniejszym bezskutecznym pisemnym wezwaniu do zapłaty z terminem zapłaty zaległości nie krótszym niż 30 dni.
4. Stronom przysługuje prawo pisemnego wypowiedzenia umowy bez podania przyczyny z zachowaniem 1- miesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 7

- 1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
- 2. Zmiana wierzyciela dokonana bez zgody podmiotu tworzącego Udzielającego zamówienia jest nieważna.
- 3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
- 4. W sprawach spornych powstałych na tle wykonania niniejszej umowy, właściwy jest Sąd Powszechny dla siedziby Udzielającego zamówienie.

§ 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

*Załącznik nr 7b do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań laboratoryjnych
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.*

**UMOWA W ZAKRESIE REALIZACJI
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniuw Szczecinie pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym w Szczecinie z siedzibą przy ul. Arkońskiej 4, 71-455 Szczecin, wpisanym do rejestru stowarzyszeń i innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS:0000003593; posiadającym NIP: 851-25-37-954; nr Regon:000290274

zwanym dalej „**Udzielającym zamówienia**”

reprezentowanym przez:

.....

a

.....

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”,

reprezentowaną przez:

.....

.....

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu, wymienionych w **Załączniku Nr 1 oraz Załączniku Nr 2** do niniejszej umowy, przy czym świadczenia wskazane w Załączniku Nr 1 będą realizowane od dnia, a świadczenia wskazane w Załączniku Nr 2 będą realizowane od dnia
2. Integralną częścią umowy są Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert oraz oferta Przyjmującego zamówienie.

§ 2

1. Świadczenia zdrowotne będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
2. Przyjmujący zamówienie przyjmuje pełną odpowiedzialność za wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
3. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przez personel medyczny Przyjmującego zamówienie, zgodnie z informacjami zawartymi w ofercie Przyjmującego zamówienie, stanowiącej integralną część niniejszej umowy.
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane będą przy użyciu sprawnego sprzętu medycznego, zapewniającego bezpieczeństwo pacjenta w trakcie badania.
5. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w §1, wykonywane będą w pomieszczeniach Przyjmującego zamówienie lub jego podwykonawcy, z użyciem aparatury i sprzętu medycznego będącego w posiadaniu Przyjmującego zamówienie.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

6. Badania będą wykonywane zgodnie z zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej. Zmiana miejsca wykonywania badania może nastąpić wyłącznie za pisemną zgodą Zamawiającego.

§ 3

1. Udzielający zamówienia zleca Przyjmującemu zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy w zależności od potrzeb Udzielającego zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie wykona badania wyłącznie na podstawie skierowania lekarza Uprawnionego przez Udzielającego zamówienie (zatrudnionego lub pozostającego w stosunku cywilnoprawnym z udzielającym zamówienia) lub listy zleconych badań zawierającej wszystkie dane wskazane w ust. 3 oraz podpis Uprawnionego przez Udzielającego zamówienie lekarza.
3. Skierowanie powinno zawierać dane osobowe pacjenta, niezbędne informacje o stanie pacjenta, pieczętkę nagłówkową komórki kierującej, oraz pieczętkę imienną lekarza kierującego i jego podpis.
4. Skierowanie o którym mowa w ust. 2 i 3 będzie dostarczane wraz z materiałem do badań.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie oraz jego podwykonawcy zobowiązują się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przyjmujący zamówienie oraz jego podwykonawcy zobowiązują się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie.
3. Przyjmujący zamówienie oraz jego podwykonawcy zobowiązują się do aktualizacji danych dotyczących złożonej oferty maksymalnie w ciągu 30 dni od daty dokonanej zmiany.
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przesłania dokumentów potwierdzających brak udziału lub udział laboratorium w kontroli międzylaboratoryjnej za rok 2024 do 31.03.2025r, za rok 2025 do 31.03.2026r. oraz za rok 2026 do 31.03.2027r. – w przypadku gdy laboratorium bierze udział w kontroli zewnętrznej w dniu podpisania umowy - pod rygorem rozwiązania umowy.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych osobowych pacjentów w myśl ustawy o ochronie danych osobowych.
6. Przekazanie wyników badań winno nastąpić osobiście albo za pośrednictwem systemów elektronicznych albo za pośrednictwem poczty kurierskiej w zamkniętych i zabezpieczonych przed dostępem osób trzecich pakietach.

§ 5

1. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie z tytułu udzielonych świadczeń należność w wysokości określonej w **Załączniku Nr 1 oraz Załączniku Nr 2** do umowy.
2. Zapłata następować będzie po zakończeniu każdego miesiąca realizacji umowy na podstawie faktury VAT wystawionej w wersji papierowej przez Przyjmującego zamówienie, na kwotę odpowiadającą sumie iloczynów wykonanych świadczeń i ich cen, na jego konto bankowe określone każdorazowo na fakturze w terminie 21 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
3. W przypadku braku możliwości wykonywania świadczenia objętego umową (której nie można było wcześniej przewidzieć), Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zachowania ciągłości realizacji umowy, powiadamiając niezwłocznie Udzielającego zamówienia o sposobie zabezpieczenia wykonania usług w ramach umowy oraz za zgodą Zamawiającego ustalić jego odpowiednik bez względu na koszt jego pozyskania.

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

§ 6

1. Niniejsza Umowa obowiązuje:
 - 1) w odniesieniu do świadczeń wyszczególnionych w Załączniku nr 1 od dnia zawarcia umowy do dnia r. (36 miesięcy);
 - 2) w odniesieniu do świadczeń wyszczególnionych w Załączniku nr 2 od dnia 8.10.2024r. do dnia r.;
2. Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
 - a) odmowy poddania się kontroli NFZ lub Udzielającego zamówienie;
 - b) 30-dniowej przerwy w udzielaniu świadczeń;
 - c) co najmniej dwukrotnie stwierdzonego błędu w wykonanych badaniach (dwukrotnie uzasadnionej reklamacji),
 - d) stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonywania świadczeń przez Przyjmującego zamówienie, jak również w przypadku stwierdzenia istotnych uchybień dotyczących trybu, zakresu i jakości wykonywanych usług przewidzianych niniejszą umową,
 - e) braku udokumentowania przez Przyjmującego zamówienie - w terminie 30 dni od daty podpisania umowy - zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
 - f) braku aktualizacji danych złożonej oferty lub braku uzupełnienia dokumentów potwierdzających udział laboratorium w kontroli międzylaboratoryjnej za rok 2024 do 31.03.2025r., za rok 2025 do 31.03.2026r. oraz za rok 2026 do 31.03.2027r.
3. Przyjmującemu zamówienie przysługuje prawo wypowiedzenia umowy w przypadku zwłoki w zapłacie należności przez Udzielającego zamówienie przekraczającej 90 dni, po wcześniejszym bezskutecznym pisemnym wezwaniu do zapłaty z terminem zapłaty zaległości nie krótszym niż 30 dni.
4. Stronom przysługuje prawo pisemnego wypowiedzenia umowy bez podania przyczyny z zachowaniem 1- miesięcznego okresu wypowiedzenia na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 7

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
2. Zmiana wierzyciela dokonana bez zgody podmiotu tworzącego Udzielającego zamówienia jest nieważna.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
4. W sprawach spornych powstałych na tle wykonania niniejszej umowy, właściwy jest Sąd Powszechny dla siedziby Udzielającego zamówienie.

§ 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań laboratoryjnych
na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie.

Wzór oferty cenowej

Pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie
(wpisać przedmiot postępowania)

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie badań z zakresu zadania nr 1 na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4.

Zadanie nr 1 - wykonywanie badań histopatologicznych, barwień histochemicznych i specjalistycznych konsultacji materiałów pobieranych przez Udzielającego zamówienie

Lp	NAZWA BADANIA	Orientacyjna liczba usług / w okresie 3 lat	Oferowana cena jednostkowa za badanie <i>brutto</i>	Oferowana cena za wszystkie badania <i>brutto</i>	Czas oczekiwania na wynik
1	Badanie histopatologiczne rutynowego materiału / 1 blok/ preparat	750			
2	Badanie histopatologiczne trepanobiopsji/ jeden bioptat	450			
3	Histochemia	500			
4	Immunohistochemia	500			
5	Konsultacja	30			
6	Patologia molekularna nowotworów – FISH (jedna sonda)	250			
7	Badanie immunohistochemiczne poziomu antygenu PDL1	20			
8	Badanie immunohistochemiczne niestabilności mikrosatelitarnej MMR (DNA mismatch repair genes)	20			
Razem brutto (zł)					

Słownie brutto:

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

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)		

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

PRZEDZIAŁ REFERENCYJNY (określenie przedziału wyników uznanych za prawidłowe)		
PROWADZENIE KONTROLI WEWNĘTRZNEJ (załączyć krótki opis)		
UDZIAŁ W KONTROLI ZEWNĄTRZLABORATORYJNEJ w 2023 roku (załączyć potwierdzenie)		
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA UDZIELANIE INFORMACJI		
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA PRZYJMOWANIE REKLAMACJI		

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie badań z zakresu zadania nr 2 na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4.

Zadanie nr 2 – wykonywanie badań laboratoryjnych specjalistycznych z zakresu alergologii

Lp	NAZWA BADANIA	Orientacyjna liczba usług / w okresie 3 lat	Oferowana cena jednostkowa za badanie brutto	Oferowana cena za wszystkie badania brutto	Czas oczekiwania na wynik
1.	Tryptaza - metoda ImmunoCAP producent Thermo Fisher Scientific	450			
2.	Specyficzne IgE - pojedyncze alergeny lub komponenty alergenowe - metoda ImmunoCAP producent Thermo Fisher Scientific				
	rPhl p 1 Timothy (kod g205)	10			
	rPhl p 5b Timothy (kod g215)	10			
	nArt v 3 LTP Mugwort (kod w233)	10			
	rBet v 1 PR-10 Birch (kod t245)	10			
	rCan f 5 Dog (kod e226)	10			
	rFel d 1 Cat (kod e94)	10			
	rFel d 2 Cat serum albumin (kod e220)	10			
	rDer p 1 House dust mite (kod d202)	10			
	rDer p 2 House dust mite (kod d203)	10			
	rApi m 1 Phospholipase A2, Honey bee (kod i208)	10			
	rApi m 10 Icarapin, Honey bee (kod i217)	10			
	rVes v 1 Phospholipase A1, Common wasp (kod i211)	10			
	rVes v 5 Common wasp (kod i209)	10			
	rAna o 3 Cashew nut (kod f443)	10			
	rAra h 2 Peanut (kod f423)	10			
	rAra h 3 Peanut (kod f424)	10			
	rAra h 9 LTP, Peanut (kod f427)	10			
	nBos d 8 Casein, Milk (kod f78)	10			
	rCor a 8 LTP, Husel nut (kod f425)	10			
	nGal d 1 Ovomuroid, Egg (kod f233)	10			
	rJug r 3 LTP, Walnut (kod f442)	10			
	rPen a 1 Tropomyosin, Strimp (kod f351)	10			
	rPru p 3 LTP, Peach (kod f420)	10			
	rTri a 14 LTP, Wheat (kod f433)	10			
	rTri a 19 Omega-5 Gliadin, Wheat (kod f416)	12			
	nGal-alpha-1,3-Gal (alpha-Gal) Thyroglobulin bovine (kod o215)	12			
	g3, g4, g5, g6, g8 (kod gx1)	12			
	Bylica (kod w6)	12			
	w1, w6, w9, w10, w11 (kod wx1)	12			
	Brzoza (kod t3)	12			
	Olcha (kod t2)	12			
	Leszczyna (kod t4)	12			
	rBet v 1 PR-10, Birch (kod t215)	12			
	rBet v 2 Profilin, Birch (kod t216)	12			

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokółowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

t2, t3, t4, t7, t12 (kod tx9)	12			
m1, m2, m3, m6 (kod mx1)	12			
Sierść kota (kod e1)	12			
Sierść psa (kod e5)	12			
rDer p 10 Tropomyosin, House dust mite (kod d205)	12			
h2, d1, d2, i6 (kod hx2)	12			
Horse fly (kod i204)	12			
Osa (kod i3)	12			
Szerszeń (kod i75)	12			
Pszczoła (kod i1)	12			
Latex (kod k82)	12			
rMal d 3 LTP, Apple (kod f435)	12			
rPru p 1 PR-10, Peach (kod f419)	12			
rGly m 4 PR-10, Soy (kod f353)	12			
Paprika, Sweet pepper (kod f218)	12			
nGal d 2 Ovalbumin, Egg (kod f232)	12			
nGal d 3 Conalbumin, Egg (kod f323)	12			
nBos d 4 alpha-lactalbumin, Milk (kod f76)	12			
nBos d 5 beta-lactalbumin, Milk (kod f77)	12			
Honey (kod f247)	12			
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

.....

.....

.....

.....

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

Proszę podać dane dotyczące 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 krótki opis)		
UDZIAŁ W KONTROLI ZEWNĄTRZLABORATORYJNEJ w 2023 roku (załączyć potwierdzenie)		
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA UDZIELANIE INFORMACJI		
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA PRZYJMOWANIE REKLAMACJI		

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie badań z zakresu zadania nr 3 na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4.

Zadanie nr 3 – wykonywanie badań laboratoryjnych z zakresu diagnostyki zakażeń, autoimmunologii i biochemii

Lp	NAZWA BADANIA	Orientacyjna liczba usług / w okresie 3 lat	Oferowana cena jednostkowa za badanie brutto	Oferowana cena za wszystkie badania brutto	Czas oczekiwania na wynik
Dla pozycji 1-6 umowa będzie obowiązywać przez 36 miesięcy					
1.	Krztusiec p/c w klasie IgG	90			
2	Krztusiec p/c w klasie IgM	90			
3	Krztusiec p/c w klasie IgA	90			
4	Toksokaroza p/c w klasie IgG	300			
5	Antygen mannanowy	600			
6	Makroenzymemia AST	20			
Dla pozycji 7-32 umowa będzie obowiązywać od 08.10.2024					
7	IGF-1	200			
8	C – peptyd	300			
9	Erytropoetyna	30			
10	Aldosteron	300			
11	Renina	300			
12	SHBG	50			
13	Homocysteina	100			
14	Mioglobina	50			
15	AMH	30			
16	P-ciała anty GAD	300			
17	P-ciała anty IA2	300			
18	P-ciała ICA	300			
19	Kwasy żółciowe	100			
20	P-ciała p/kom. okładzinowym żołądka met. IIF	150			
21	P-ciała p/ czyn. Castle'a i p/kom. okładzinowym żołądka met. IIF	150			
22	P-ciała p- β2 glikoproteinie I – IGG	300			
23	P-ciała p- β2 glikoproteinie I – IGM	300			
24	P-ciała p. gangliozydom (GMI)	100			
25	P- ciała p. AQP4	130			
26	P-ciała p. NMDA	60			
27	P-ciała p. <i>Fasciola hepatica</i>	30			
28	P-ciała p/WZW typu E – Western Blot	30			
29	HEV RNA jakościowo metodą RT-PCR	30			

Lokalizacja:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax: 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax: 91 462 04 94

30	P-ciała p. WZW typu D	50			
31	Kwas wanilinomigdałowy	60			
32	Kwas 5-hydroksyindoloocetowy	60			
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

.....

.....

.....

.....

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
 Centrala: 91 813 90 00
 Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
 Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
 Fax. 91 462 04 94

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 krótki opis)		
UDZIAŁ W KONTROLI ZEWNĄTRZLABORATORYJNEJ w 2023 roku (załączyć potwierdzenie)		
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA UDZIELANIE INFORMACJI		
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA PRZYJMOWANIE REKLAMACJI		

Lokalizacje:

71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4
Centrala: 91 813 90 00
Fax. 91 813 90 09

70-891 Szczecin, ul. A. Sokołowskiego 11
Centrala: 91 442 72 00, 91 442 72 13
Fax. 91 462 04 94

