**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia Formularz asortymentowo-cenowy**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

umożliwiający klasyfikację oferty w kryterium cena

Dane Oferenta - nazwa Oferenta i adres siedziby

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

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

|  |
| --- |
| **PAKIET 1** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań w nowej umowie (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Obecność przeciwciał przeciwko akwaporynie 4** | Badanie jakościowe, immunofluorescencja pośrednia - test CBA | 10 |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |  |  |
| **PAKIET 2** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **TBE (wirus kleszczowego zapalenia mózgu), IgM**  | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **TBE (wirus kleszczowego zapalenia mózgu), IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **CA 125 w surowicy** | Elektrochemiluminescencji (ECLIA) | 70 |   |   |   |   |
| **4** | **CA 15-3 w surowicy** | Elektrochemiluminescencji (ECLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **5** | **CA 19-9 w surowicy** | Elektrochemiluminescencji (ECLIA) | 20 |   |   |   |   |
| **6** | **Candida spp. Antygen rozpuszczalny mannan (surowica/ BAL)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **7** | **Cholinoesteraza w surowicy** | Kalorymetryczna | 40 |   |   |   |   |
| **8** | **Antygen karcynoembrionalny (CEA) w surowicy** | Elektrochemiluminescencji (ECLIA) | 40 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 3** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Legionella pneumophila IgM (legionelloza)** | Elisa | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Legionella pneumophila IgG (legionelloza)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Legionella pneumophila IgA (legionelloza)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **4** | **Bąblowica (Echinococcus granulosus)**  | Western Blot | 40 |   |   |   |   |
| **5** | **Bąblowica (Echinococcus spp.) IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **6** | **Odra (Morbilli virus) IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **7** | **Odra (Morbilli virus) IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **8** | **Toksokaroza (Toxocara canis) IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **9** | **Świnka (Myxovirus parotitis) IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **10** | **Świnka (Myxovirus parotitis) IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **11** | **Tasiemiec (Taenia solium) IgG**  | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **12** | **Bartoneloza (B.henselae, B.quintana) IgG**  | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **13** | **Bartoneloza (B.henselae, B.quintana) IgM**  | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **14** | **Bruceloza IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **15** | **Bruceloza IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **16** | **Chlamydia pneumoniae IgA** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **17** | **Chlamydia pneumoniae IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **18** | **Chlamydia trachomatis IgA** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **19** | **Chlamydia trachomatis IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **20** | **Chlamydia trachomatis DNA**  | PCR | 10 |   |   |   |   |
| **21** | **Leptospiroza p.ciała IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **22** | **Leptospiroza p.ciała IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **23** | **RSV (Respiratory syncytial virus) IgG** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **24** | **RSV (Respiratory syncytial virus) IgM** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **25** | **Anaplasma phagocytophilum IgG** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **26** | **Anaplasma phagocytophilum IgM**  | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **27** | **Babesia microti IgG** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **28** | **Babesia microti IgM** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **29** | **Bruceloza IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **30** | **Bruceloza IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **31** | **Brucelloza - odczyn aglutynacyjny Wrighta** | Metod wiązania dopełniacza (OWD)  | 10 |   |   |   |   |
| **32** | **Grypa typ A IgG** | Pośredni chemiluminescencyjny test immunologiczny (CLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **33** | **Grypa typ A IgM** | Pośredni chemiluminescencyjny test immunologiczny (CLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **34** | **Grypa typ B IgG** | Pośredni chemiluminescencyjny test immunologiczny (CLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **35** | **Grypa typ B IgM** | Pośredni chemiluminescencyjny test immunologiczny (CLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **36** | **Helicobacter pylori IgG** | CLIA  | 10 |   |   |   |   |
| **37** | **Helicobacter pylori w kale** | Immunochromatografia | 10 |   |   |   |   |
| **38** | **Test potwierdzenia obecności przeciwciał anty-HIV 1 i anty-HIV 2** | Immunochromatografia | 10 |   |   |   |   |
| **39** | **HPV DNA HR, 14 typów, 16, 18, 45, inne HPV (31,33,52,58,35,39,51,56,59,66,68)** |  RT-PCR | 10 |   |   |   |   |
| **40** | **Krztusiec (Bordetella pertussis) IgA** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **41** | **Krztusiec (Bordetella pertussis) IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **42** | **Krztusiec (Bordetella pertussis) IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **43** | **Włośnica (Trichinella spiralis) IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 4** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Adrenalina** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Enzym konwertujący angiotensynę** | Spektrofotometria | 30 |   |   |   |   |
| **3** | **Alfa-1-antytrypsyna w kale** | Immunonefelometria kinetyczna | 100 |   |   |   |   |
| **4** | **Alfa-1-kwaśna glikoproteina (Orozomukoid)** | Spektrofotometria | 10 |   |   |   |   |
| **5** | **Alfa-2 makroglobulina** | Spektrofotometria | 10 |   |   |   |   |
| **6** | **Test EMA** | Cytometr przepływowy | 10 |   |   |   |   |
| **7** | **Benzodiazepiny w moczu, ilościowo** | Test immunochromatograficzny | 10 |   |   |   |   |
| **8** | **Haptoglobina** | Metoda immunoturbidymetryczna  | 30 |   |   |   |   |
| **9** | **Bilans tłuszczowy w kale** | Kolorymetryczna | 10 |   |   |   |   |
| **10** | **C-telopeptyd kolagenu typu I (ICTP)** | RIA (met. kompetycyjna) | 10 |   |   |   |   |
| **11** | **CA 72-4** | Elektrochemiluminescencja (ECLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **12** | **CYFRA 21-1** | Elektrochemiluminescencja (ECLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **13** | **Chromogranina A** | ELISA | 100 |   |   |   |   |
| **14** | **Dehydroepiandrosteron (DHEA)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **15** | **Dehydrogenaza glutaminianowa (GLDH)** | Metoda spektrofotometryczna | 10 |   |   |   |   |
| **16** | **Dihydrotestosteron (DHT)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **17** | **Estriol wolny** | Chemiluminescencja  | 10 |   |   |   |   |
| **18** | **Fruktozamina** | Kolometryczna | 10 |   |   |   |   |
| **19** | **Gastryna** | Chemiluminescencja  | 30 |   |   |   |   |
| **20** | **HBV DNA - lekooporność na lamiwudynę** | Genotypowanie | 10 |   |   |   |   |
| **21** | **Inhibina B** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **22** | **Koenzym Q10 (Ubichinon)** | HPLC z późniejszą detekcją UV | 10 |   |   |   |   |
| **23** | **Kwas trójchlorooctowy w moczu, ilościowo** | GC-MS | 10 |   |   |   |   |
| **24** | **Leptyna** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **25** | **Noradrenalina** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **26** | **Normetanefryna w DZM** | Wysokosprawna Chromatografia Cieczowa (HPLC) z detekcją elektrochemiczną | 10 |   |   |   |   |
| **27** | **Odwrotna trójjodotyronina (rT3)** | RIA | 10 |   |   |   |   |
| **28** | **Opiaty w moczu** | Półilościowa metoda immunochemiczna z pomiarem natężenia fluorescencji w świetle spolaryzowanym (FPIA) | 10 |   |   |   |   |
| **29** | **Prealbumina**  | Immunoturbidymetria | 10 |   |   |   |   |
| **30** | **Serotonina w DZM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **31** | **Serotonina** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **32** | **Fosfataza zasadowa** | Spektofotometryczna | 10 |   |   |   |   |
| **33** | **Fosfataza kwaśna** | Kolorymetryczna | 10 |   |   |   |   |
| **34** | **Hormon antydiuretyczny (ADH, wazopresyna)**  | Radioimmunologiczna | 10 |   |   |   |   |
| **35** | **Arylosulfataza A** | Fotometria | 10 |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 5** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **P/c. p. aktynie** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **P/c. p. czynnikowi wew. Castle'a i p. kom. okładzinowym żołądka (APCA)** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **P/c. p. Coxsackie IgA** | Metoda immunoenzymatyczna | 10 |   |   |   |   |
| **4** | **P/c. p. Coxsackie IgG** | Metoda immunoenzymatyczna | 10 |   |   |   |   |
| **5** | **P/c. p. Coxsackie IgM** | Metoda immunoenzymatyczna | 10 |   |   |   |   |
| **6** | **P/c. p. insulinie** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **7** | **P/c. p. antygenom jajnika** | IIF | 10 |   |   |   |   |
| **8** | **P/c. p. komórkom Leydiga jąder** | IIF | 10 |   |   |   |   |
| **9** | **P/c. p. kompleksom fosfatydyloseryna/protrombina (aPS/PT) IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **10** | **P/c. p. kompleksom fosfatydyloseryna/protrombina (aPS/PT) IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **11** | **P/c. p. korze nadnerczy** | Immunofluorescencja pośrednia | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 6** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **13** | **Chrom w moczu** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **14** | **Chrom** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **15** | **Jod w moczu** | ICP-MS | 10 |   |   |   |   |
| **16** | **Jod, ilościowo** | ICP-MS | 10 |   |   |   |   |
| **17** | **Kadm w moczu, wskaźnik wydalania** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **18** | **Kadm we krwi, ilościowo** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **19** | **Lit, ilościowo** | Metoda kolorymetryczna | 10 |   |   |   |   |
| **20** | **Miedź w DZM, ilościowo** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 450 |   |   |   |   |
| **21** | **Miedź, ilościowo** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 20 |   |   |   |   |
| **22** | **Ołów w moczu, wskaźnik wydalania** | Atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **23** | **Ołów we krwi, ilościowo** | Atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **24** | **Rtęć w moczu, ilościowo** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **25** | **Selen, ilościowo** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **8** | **Arsen w moczu** | Atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 7** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Witamina B1** | Wysokosprawna Chromatografia Cieczowa (HPLC) z detekcją fluorescencyjną | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Witamina B2** | Spektrometr mas | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Witamina B6** | Wysokosprawna Chromatografia Cieczowa (HPLC) z detekcją fluorescencyjną | 10 |   |   |   |   |
| **4** | **Witamina A** | HPLC | 10 |   |   |   |   |
| **5** | **Witamina E** | HPLC | 10 |   |   |   |   |
| **6** | **Witamina H** | Chromatografia cieczowa HPLC | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 8** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Badanie toksyn Clostridium difficile - kał** | PCR | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **CD34 we krwi obwodowej** | Cytometria przepływowa | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Przeciwciała przeciw kardiolipinom w klasie IgA** | Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) | 10 |   |   |   |   |
| **4** | **Przeciwciała przeciw kardiolipinom w klasie IgG** | Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) | 10 |   |   |   |   |
| **5** | **Przeciwciała przeciw kardiolipinom w klasie IgM** | Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) | 10 |   |   |   |   |
| **6** | **Tryptaza** | FEIA (fluoroenzymatyczna) | 60 |   |   |   |   |
| **7** | **Kiła IgG i IgM, test przesiewowy** | Elektrochemiluminescencji (ECLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **8** | **Test VDRL - badanie serologiczne przesiewowe w kierunku kiły**  | Niekrętkowy odczyn kardiolipinowy | 10 |   |   |   |   |
| **9** | **Test FTA - badanie serologiczne weryfikacyjne w kierunku kiły** | Odczyn krętkowy immunofluorescencji bezpośredniej | 10 |   |   |   |   |
| **10** | **Test TPHA - badanie serologiczne weryfikacyjne wkierunku kiły** | Test hemaglutynacji biernej krętków | 10 |   |   |   |   |
| **11** | **Yerisnia enterocolitica IgA (surowica)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **12** | **Yerisnia enterocolitica IgG (surowica)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **13** | **Yerisnia enterocolitica IgM (surowica)** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
| **PAKIET 9** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Przeciwciała anty-HBc total**  | Metoda chemiluminescencyjno-immunologiczna / elektrochemiluminescencji (ECLIA) | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Odczyn antystreptolizynowy (ASO)** |  Metoda turbimertryczna / immunoturbidymetryczna | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 10** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1.** | **Białko PAPP-A** | Elektrochemiluminescencyjna | 10 |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 11** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Cynk w moczu, ilościowo** | Atomowa spektrometria absorpcyjna | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Cynk w surowicy, ilościowo** | atomowa spektrometria absorpcyjna | 150 |   |   |   |   |
| **3** | **Obecność przeciwciał przeciwko receptorom acetylocholiny** | ELISA/RIA | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 12** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1.** | **Puryny i pirymidyny (materiał ze zmierzoną wartością stężenia kreatyniny w próbce)** | LC-MS/MS | 30 |   |   |   |   |
| **2.** | **Puryny i pirymidyny** | LC-MS/MS | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 13** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Amiodaron** | LC-MS/MS | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 14** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Oznaczenie antygenu czynnika von Willebranda** | Immunoturbidymetryczna | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (kofaktora rystocetyny)** | Fotooptyczna | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Badanie przeglądowe antygenu HPA-1a** | Metoda cytometrii przepływowej | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 15** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Oporność na aktywne białko C (test APCR)** | Metoda koagulacyjna  | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 16** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Oznaczenie miana inhibitora ADAMTS13** | Zmodyfikowany test Bethesda | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Wykrywanie przeciwciał przeciwgranulocytarnych w surowicy (pakiet badań: test immunfluorescencji GIFT/test mikroaglutynacji GAT/test LABScreen MULTI Luminex/test MAIGA)** | Test immunfluorescencji granulocytów GIFTtest mikroaglutynacji granulocytów GATtest LABScreen MULTI w technologii xMAP Luminextest immunoenzymatyczny MAIGA | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Wykrywanie przeciwciał przeciwpłytkowych w surowicy** | Test PAKLx w technologii xMAP Luminex/test immunoenzymatyczny MAIPA (Monoclonal Antibody Immobilization of Platelet Antigens) | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 17** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Przeciwciała przeciw beta-2-glikoproteinie I w klasie IgA** | Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Przeciwciała przeciw beta-2-glikoproteinie I w klasie IgG** | Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Przeciwciała przeciw beta-2-glikoproteinie I w klasie IgM** | Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) | 10 |   |   |   |   |
| **4** | **Przeciwciała przeciw beta-2-glikoproteinie I w klasie IgG i IgM** | Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 18** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1.** | **Test Beutlera Baludy**  | Jakościowa fluorescencyjna | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 19** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Enterowirusy - p/c IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Enterowirusy - p/c IgM** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Campylobacter - p/c IgA** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **4** | **Campylobacter - p/c IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **5** | **HCV – p/c przeciw HCV test potwierdzenia (WZW typu C)** | RecomLine | 10 |   |   |   |   |
| **6** | **Listerioza**  | Metoda immunofluorescencji pośredniej | 10 |   |   |   |   |
| **7** | **Odczyn widala (12 antygenów)** | Odczyn Widala | 10 |   |   |   |   |
| **8** | **P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig G** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **9** | **P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig M** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **10** | **P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig M, IgG** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| **11** | **Wykrywanie prątków gruźlicy**  | Molekularna | 10 |   |   |   |   |
| **12** | **Arypiprazol** | LC-MS/MS | 10 |   |   |   |   |
| **12** | **Wykrywanie DNA Giardia lamblia** | Technika amplifikacji kwasu nukleinowego | 10 |   |   |   |   |
| **14** | **Laktoferyna** | ELISA | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |
| **PAKIET 20** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Troponina I w trybie dyżurowym** | Metoda elktrochemiluminescencji / chemiluminescencji | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 21** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Szacunkowa średnia cena za badanie** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry lub osoczu lub w surowicy** | Metoda enzymatyczna | 10 |   |   |   |   |
| **2** | **Aktywność enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry** | Metoda enzymatyczna (z oznaczaniem aktywności kwaśnej esterazy) | 10 |   |   |   |   |
| **3** | **Oznaczanie aktywności chitotriozydazy - monitorowanie leczenia choroby Gauchera** | Metoda enzymatyczna | 10 |   |   |   |   |
| **4** | **Aktywności α-L-iduronidazy w leukocytach krwi lub fibroblastach skóry** | Metoda enzymatyczna | 10 |   |   |   |   |
| **5** | **Aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry**  | Metoda enzymatyczna | 10 |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |  |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 22** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Szacunkowa średnia cena za badanie** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **1** | **Badanie STEC**  | PCR / hodowla bakteryjna | 10 |   |   |   |   |
|  |  |   |   |   |   |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **PAKIET 23** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana ilość badań (2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Szacunkowa średnia cena za badanie** | **Wartość zamówienia** | **UWAGI** |
| **8** | **Oznaczenie biomarkera lizo-GL-3** | Na suchej kropli krwi | 10 |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………..

(data i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

## Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy pod którą działa Oferent |  |
| ADRES | Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ lokalu |  |
| NIP  |  |
| REGON  |  |
| Adres email |  |
| Telefon |  |

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań genetycznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”- KO/CZD/08/24**:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią *Istotnych Postanowień Umowy* stanowiących załącznik nr 1
do Ogłoszenia oraz z *klauzulą informacyjną* dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne dostępną na stornie internetowej www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie sekcja Ochrona Danych Osobowych, Kontrahenci* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 6 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. ***Oświadczam, że składam ofertę na pakiet nr:***

***1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 16 / 17 / 18 / 19 / 20 / 21 / 22 / 23 \****

1. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom - dotyczy pakietu nr 1, 8, 12, 15, 16, 18, 20, 21 - spełnienie warunku o którym mowa w punkcie 6.9 Ogłoszenia *(jeśli dotyczy)*

……................., dnia ……………….. ……………………………………..

 *(podpis Oferenta)*

*\* niepotrzebne skreślić*

**Spis załączników:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | Formularz Ofertowy- według załącznika nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 2 | Formularz asortymentowo-cenowy- według załącznika nr 2 do ogłoszenia |  |  |
| 3 | Zaświadczenie o wpisie Oferenta do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |  |
| 4 | Uwierzytelniona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu. |  |  |
| 5 | Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego |  |  |
| 6 | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli Ofertę podpasuje pełnomocnik. |  |  |
| 7 | Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych pracowników – załącznik nr 4 do ogłoszenia |  |  |
| 8 | Oświadczenie Oferenta, że posiada odpowiednie warunki lokalowe oraz wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny –załącznik nr 5 do ogłoszenia |  |  |
| 9 | Uwierzytelniona kopia aktualnej polisy OC, potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt. 1 lit. b i pkt. 2 ustawy, tj.: 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia i 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń lub oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Udzielającemu Zamówienie kopię przedmiotowego dokumentu w wysokości nie niższej niż opis powyżej |  |  |
| 10 | Aktualne certyfikat/y potwierdzający/e udział w kontroli zewnątrz laboratoryjnej dla badań wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym  |  |  |
| 11 | Oświadczenie o udziale w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczeń wskazanych w formularzu asortymentowo-cenowym dla wybranego pakietu – według załącznika nr 10 |  |  |
| 12. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 6 do ogłoszenia) |  |  |
| 13.  | Certyfikat/y jakości ISO9001 lub akredytacji wg normy PN-EN ISO lub IEC 17025 lub 15189 lub równoważne  |  |  |
| 14. | Załącznik nr 7 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność |  |  |
| 15. | Załącznik nr 8 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość |  |  |
| 16. | Załącznik nr 9 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość |  |  |

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

 **Miejscowość i data Podpis**

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**WYKAZ OSÓB I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Stanowisko** | **Kwalifikacje** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1 W wykazie należy uwzględnić **jedynie** pracowników laboratorium, wykonujących procedury medyczne będące przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/08/24

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, żelaboratorium ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(podać nazwę i siedzibę laboratorium)

posiada oczekiwane warunki lokalowe oraz elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny) w zakresie niezbędnym do wykonania zamówienia będącego przedmiotem Konkursu Ofert KO/CZD/08/24.

**WYKAZ WYPOSAŻENIA W APARATURĘ i SPRZĘT MEDYCZNY 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyposażenie laboratorium** | **Producent, typ, rok produkcji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1 W wykazie należy uwzględnić **jedynie** te elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny), niezbędny do wykonania procedur medycznych będących przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/08/24

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność 1**

Potwierdzam, że **punkt przyjęć materiału** znajduje się pod adresem

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

(wpisać adres udzielania świadczeń)

Odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do **punkt przyjęć materiału** objętego postępowaniem wynosi odpowiednio (do wyboru - poprzez zaznaczenie x ):

 A. Poniżej 20 km,

 B. Powyżej 20 km

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**1** W przypadku, gdy Oferent nie wskaże Oświadczenia dot. odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do miejsca udzielania świadczeń, Udzielający Zamówienia sam określi odległość z wykorzystaniem nawigacji https://Google.pl/maps i przyzna punkty.

Jeżeli punkt przyjęć materiału Oferenta znajduje się w odległości powyżej 60 km od siedziby Udzielające zamówienia koszt transportu pozostaje po stronie Przyjmującego zamówienie.

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość 2**

Oświadczam, że kieruje podmiotem, w którym świadczenia objęte umową realizowane są (do wyboru poprzez zaznaczenie x)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **nie dłużej niż 2 lata** | **dłużej niż 2 lata, ale nie dłużej niż 5 lat** | **dłużej niż 5 lat** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |
| **22** |  |  |  |
| **23** |  |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**2**W przypadku, gdy Oferent nie uzupełni/ nie przedstawi Oświadczenia dot. realizacji oznaczeń wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada jedynie powyżej 2 lat doświadczenia (warunek formalny) i przyzna 0 punktów w kryterium Ciągłość

**Załącznik nr 9 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość 3**

Oświadczam, że kieruję podmiotem, który posiada narzędzie informatyczne np. Panel klienta lub równoważny i po podpisaniu umowy udostępnię go Udzielającemu Zamówienie w celu możliwości m.in. odbioru wyniku badań online.

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

3 W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi/ nie uzupełni oświadczenia Udzielający Zamówienia przyzna 0 punktów i nie wezwie do uzupełnienia oferty.

**Załącznik nr 10 do Ogłoszenia**

**Potwierdzam / nie potwierdzam** udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczeń
wskazanych w formularzu asortymentowo–cenowym dla wybranego pakietu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Potwierdzam \*** | **Nie potwierdzam** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **15** |  |  |
| **16** |  |  |
| **17** |  |  |
| **18** |  |  |
| **19** |  |  |
| **20** |  |  |
| **21** |  |  |
| **22** |  |  |
| **23** |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

\*wymagane przedstawienie certyfikatu potwierdzającego udział w kontroli zewątrzlaboratoryjnej