**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** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)***  | **UWAGI** |
| 1 | Oznaczenie ewerolimusu | Chromatografia cieczowa sprzężona ze spektronetrią mas | 300 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 2** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | QuantiFERON - TB - test IGRA, wykrywający latentne zakażenie prątkiem gruźlicy | Metoda automatyczna CLIA | 450 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 3** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Oznaczenie leków przeciwpadaczkowych: (Karbamazepina, 10-OH karbamazepina, 10,11-epoksykarbamazepina, karbamazepino-diol, N-desmetylomesuximid, Etosuksymid, Felbamat, Gabapentyna, Lakozamid, Lamotrygina, Levetiracetam, Okskarbazepina, PEMA, Pregabalina, Prymidon, Rufinamid, Stiripentol, Sultiam, Tiagabina, Topiramat, Wigabatryna, Zonisamid, Fenobarbital, Fenytoina, Kwas walproinowy) | LC-MS/MS | 150 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 4** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Przeciwciała onkoneuralne - Profil IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy | Metoda Immunoblotu | 50 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 5** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Przeciwciała przeciw antygenom móżdżku w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy | IFA | 50 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 6** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Badanie metoksykatecholamin w osoczu (Metanefryna, normetanefryna, 3-metoksytyramina) | LC-MS/MS | 50 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 7** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | IL - 18 (surowica) - cytokina prozapalna | ELISA | 70 |   |   |   |   |
| 2 | Ferrytyna glikozylowana | ELISA | 70 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 8** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Tyreoglobulina (oznaczenie wykonywane 24h/7) | Metoda elektrochemiluminescencji „ECLIA” | 50 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 9** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Oznaczenie antygenu czynnika von Willebranda | Immunoturbidymetryczna | 10 |   |   |   |   |
| 2 | Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (kofaktora rystocetyny) | Fotooptyczna | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 10** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Badanie przeglądowe antygenu HPA-1a | Metoda cytometrii przepływowej | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 11** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Oznaczenie miana inhibitora ADAMTS13 | Zmodyfikowany test Bethesda | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 12** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Wykrywanie przeciwciał przeciwgranulocytarnych w surowicy (pakiet badań: test immunfluorescencji GIFT/test mikroaglutynacji GAT/test LABScreen MULTI Luminex/test MAIGA) | Test immunfluorescencji granulocytów GIFT; test mikroaglutynacji granulocytów GAT; test LABScreen MULTI w technologii xMAP Luminex; test immunoenzymatyczny MAIGA | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 13** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Wykrywanie przeciwciał przeciwpłytkowych w surowicy | Test PAKLx w technologii xMAP Luminex/test immunoenzymatyczny MAIPA (Monoclonal Antibody Immobilization of Platelet Antigens) | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 14** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Enterowirusy - p/c IgG | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| 2 | Enterowirusy - p/c IgM | ELISA | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 15** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Campylobacter - p/c IgA | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| 2 | Campylobacter - p/c IgG | ELISA | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 16** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | HCV – p/c przeciw HCV test potwierdzenia (WZW typu C) | RecomLine | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |  |   |
| **PAKIET 17** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Listerioza  | Metoda immunofluorescencji pośredniej | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 18** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Odczyn widala (12 antygenów) | Odczyn Widala | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 19** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig G | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| 2 | P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig M | ELISA | 10 |   |   |   |   |
| 3 | P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig M, IgG | ELISA | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 20** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Arypiprazol | LC-MS/MS | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 21** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Wykrywanie DNA Giardia lamblia | Technika amplifikacji kwasu nukleinowego | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 22** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Laktoferyna | ELISA | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 23** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Badanie STEC  | PCR / hodowla bakteryjna | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 24** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Oznaczenie biomarkera lizo-GL-3 | Na suchej kropli krwi | 10 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 25** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Panel przeciwciał przeciw NMDA, AMPA, DPPX, GABAR, LG1, CASPR w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy | IFA | 100 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 26** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Obecność przeciwciał przeciwneuronalnych (amfifizynie, CV2, PNMA2, Ri, Yo, Hu, rekowerynie, SOX1, tytynie, zic4, GAD65, Tr) w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy | Western Blot | 120 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 27** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Obecność białka oligoklonalnych/prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym | Metoda izoelektroogniskowania | 100 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 28** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Badanie w kierunku toksoplazmozy wrodzonej IgG i IgM matki oraz noworodka - oznaczenie i porównanie wzorców | Western- blot | 100 |   |   |   |   |
| 2 | Badanie w kierunku toksoplazmozy wrodzonej IgG matki oraz noworodka - oznaczenie i porównanie wzorców | Western- blot | 50 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| **PAKIET 29** |
| **LP.** | **Badanie**  | **Zakres analizy / metoda** | **Przewidywana liczba badań** **(2 lata)**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena** | **Wartość zamówienia*****(przewidywana liczba badań x cena)*** | **UWAGI** |
| 1 | Przeciwciała przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego GAD65 | IFA | 100 |   |   |   |   |
|   |   |  |  |  |  |   |  |

…………………………………………………………………………..

(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 laboratoryjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” – 29 pakietów- KO/CZD/37/24**:**

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 / 24 / 25 / 26 / 27 / 28 / 29 \****

1. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom - spełnienie warunku o którym mowa w punkcie 6.9 Ogłoszenia.

……................., 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** | **Nr prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**1 W wykazie należy uwzględnić jedynie pracowników laboratorium, wykonujących procedury medyczne będące przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/37/24**

**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/37/24.

**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/37/24

**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** |  |  |  |
| **24** |  |  |  |
| **25** |  |  |  |
| **26** |  |  |  |
| **27** |  |  |  |
| **28** |  |  |  |
| **29** |  |  |  |

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

(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**

**Udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczeń wskazanych w formularzu asortymentowo-cenowym**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Badanie** | **Potwierdzam udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej 4***(proszę o wskazanie* ***numeru strony oferty*** *z certyfikatem potwierdzającym udział w kontroli zewnątrz laboratoryjnej)* | **Nie potwierdzam udziału w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej** | **Nie potwierdzam udziału w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej wraz z przedstawieniem oświadczenia o braku możliwości uzyskania takiego certyfikatu 5**  |
| Pakiet 1 | Oznaczenie ewerolimusu |  |  |  |
| Pakiet 2 | QuantiFERON - TB - test IGRA, wykrywający latentne zakażenie prątkiem gruźlicy |  |  |  |
| Pakiet 3 | Oznaczenie leków przeciwpadaczkowych: (Karbamazepina, 10-OH karbamazepina, 10,11-epoksykarbamazepina, karbamazepino-diol, N-desmetylomesuximid, Etosuksymid, Felbamat, Gabapentyna, Lakozamid, Lamotrygina, Levetiracetam, Okskarbazepina, PEMA, Pregabalina, Prymidon, Rufinamid, Stiripentol, Sultiam, Tiagabina, Topiramat, Wigabatryna, Zonisamid, Fenobarbital, Fenytoina, Kwas walproinowy) |  |  |  |
| Pakiet 4 | Przeciwciała onkoneuralne - Profil IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy |  |  |  |
| Pakiet 5 | Przeciwciała przeciw antygenom móżdżku w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy |  |  |  |
| Pakiet 6 | Badanie metoksykatecholamin w osoczu (Metanefryna, normetanefryna, 3-metoksytyramina) |  |  |  |
| Pakiet 7 | IL - 18 (surowica) - cytokina prozapalna |  |  |  |
| Ferrytyna glikozylowana |  |  |  |
| Pakiet 8 | Tyreoglobulina (oznaczenie wykonywane 24h/7) |  |  |  |
| Pakiet 9 | Oznaczenie antygenu czynnika von Willebranda |  |  |  |
| Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (kofaktora rystocetyny) |  |  |  |
| Pakiet 10 | Badanie przeglądowe antygenu HPA-1a |  |  |  |
| Pakiet 11 | Oznaczenie miana inhibitora ADAMTS13 |  |  |  |
| Pakiet 12 | Wykrywanie przeciwciał przeciwgranulocytarnych w surowicy (pakiet badań: test immunfluorescencji GIFT/test mikroaglutynacji GAT/test LABScreen MULTI Luminex/test MAIGA) |  |  |  |
| Pakiet 13 | Wykrywanie przeciwciał przeciwpłytkowych w surowicy |  |  |  |
| Pakiet 14 | Enterowirusy - p/c IgG |  |  |  |
| Enterowirusy - p/c IgM |  |  |  |
| Pakiet 15 | Campylobacter - p/c IgA |  |  |  |
| Campylobacter - p/c IgG |  |  |  |
| Pakiet 16 | HCV – p/c przeciw HCV test potwierdzenia (WZW typu C) |  |  |  |
| Pakiet 17 | Listerioza  |  |  |  |
| Pakiet 18 | Odczyn widala (12 antygenów) |  |  |  |
| Pakiet 19 | P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig G |  |  |  |
| P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig M |  |  |  |
| P/c przeciw fosfatydyloserynie Ig M, IgG |  |  |  |
| Pakiet 20 | Arypiprazol |  |  |  |
| Pakiet 21 | Wykrywanie DNA Giardia lamblia |  |  |  |
| Pakiet 22 | Laktoferyna |  |  |  |
| Pakiet 23 | Badanie STEC  |  |  |  |
| Pakiet 24 | Oznaczenie biomarkera lizo-GL-3 |  |  |  |
| Pakiet 25 | Panel przeciwciał przeciw NMDA, AMPA, DPPX, GABAR, LG1, CASPR w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy |  |  |  |
| Pakiet 26 | Obecność przeciwciał przeciwneuronalnych (amfifizynie, CV2, PNMA2, Ri, Yo, Hu, rekowerynie, SOX1, tytynie, zic4, GAD65, Tr) w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy |  |  |  |
| Pakiet 27 | Obecność białka oligoklonalnych/ prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym |  |  |  |
| Pakiet 28 | Badanie w kierunku toksoplazmozy wrodzonej IgG i IgM matki oraz noworodka - oznaczenie i porównanie wzorców |  |  |  |
| Badanie w kierunku toksoplazmozy wrodzonej IgG matki oraz noworodka - oznaczenie i porównanie wzorców |  |  |  |
| Pakiet 29 | Przeciwciała przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego GAD65 |  |  |  |

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

 (Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**4** wymagane przedstawienie certyfikatu potwierdzającego udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej

5 wymagane przedstawienie oświadczenia o braku możliwości uzyskania takiego certyfikatu wraz z uzasadnieniem