

.....  
/pieczętka firmowa/

## O F E R T A

**na wykonanie świadczeń  
na zadanie pod nazwą:**

**„Wykonywanie badań mikrobiologicznych i analitycznych dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii  
Szpitala Specjalistycznego wraz z prowadzeniem banku krwi  
oraz najmem pomieszczeń”- Konkurs Ofert NR 11/2021**

### I. DANE WYKONAWCY

1). .....

/nazwa, siedziba/

2) Nr NIP ....., REGON ....., Nr rejestru (zakładów opieki  
zdrowotnej, izby samorządu \*) .....

3) Organ rejestrowy i Nr wpisu do KRS/ewidencji działalności gospodarczej \*

**II.** Deklaruję, że zapewnię świadczenie usług w zakresie **badania mikrobiologicznych i analitycznych oraz prowadzenia banku krwi** zgodnie z warunkami niniejszego Konkursu Ofert.

**III.** Deklaruję termin płatności 60 dni.

**IV.** Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami Konkursu Ofert, projektem umowy i akceptuję zapisy w nich zawarte bez zastrzeżeń.

### V. Oświadczam, że:

1. Zapewnię całodobowe świadczenie usług w zakresie wykonywania badań analitycznych, mikrobiologicznych i serologii transfuzjologicznej określonych w ofercie przez okres do 3 lat. Badania będą świadczone kompleksowo tzn. zapewnię wykonywanie wszystkich badań określonych w ofercie, z tym że badań na „cito” oraz badań na SOR i OAIT w lokalizacji Udzielającego Zamówienie, a w przypadku gdyby z jakichkolwiek powodów nie było możliwe świadczenie tych badań na terenie Udzielającego Zamówienie, zapewnię wykonanie tych badań w innym laboratorium po cenach wskazanych w ofercie z zachowaniem czasu oczekiwania i dostępności, wynikającego z oferty. Wykonywanie badań na cito i na SOR o OAIT w innym laboratorium możliwe jest tylko i wyłącznie w czasie niezbędnym do przywrócenia pracy laboratorium w lokalizacji. W przypadku zmiany obowiązujących przepisów prawa w wyniku których wymagane będzie wykonywanie w lokalizacji badań dla innych komórek organizacyjnych Udzielającego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie dostosować w terminie określonym przez ustawodawcę infrastrukturę laboratorium w lokalizacji tak aby wykonywało ono wymagane badania. Zapewnię dostępność do laboratorium: dla potrzeb badań analitycznych i serologii transfuzjologicznej 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę, dla potrzeb badań mikrobiologicznych w dni robocze od godz. 8.00 do 15.00, w soboty i dni świąteczne w godz. 8.00 – 12.00.
2. Posiadam minimum 2 całodobowe laboratoria w odległości do 15 km od siedziby Udzielającego Zamówienie dla zabezpieczenia ciągłości świadczeń, gwarantujące wykonanie pełnego panelu

zleconych badań w zakresie: hematologii, biochemii, analityki, mikrobiologii, serologii transfuzjologicznej. Na potwierdzenie do niniejszej oferty załączam wykaz posiadanych laboratoriów.

3. Będę prowadził bank krwi oraz gospodarkę krwią Udzielającego Zamówienie zgodnie z wymogami Rozporządzenia w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej przez okres do 3 lat. Bank krwi będzie zlokalizowany w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
  4. Posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji zamówienia, w szczególności w zakresie wykonywania pełnego zakresu badań objętych postępowaniem. Rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez firmę którą reprezentuję pozostaje zgodny z przedmiotem Konkursu Ofert i treścią wpisu, którą reprezentuję, do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 udl. W załączeniu do oferty wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
  5. Dysponuję sprzętem medycznym niezbędnym do wykonywania świadczeń, pozwalającym na realizację pełnego zakresu badań wymaganych przez Udzielającego Zamówienie – w załączeniu do oferty wykaz sprzętu.
  6. Posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej - min. suma gwarancyjna ubezpieczenia wynosi 46.500 euro – w załączeniu kopia polisy.
  7. Posiadam co najmniej 2 laboratoria wpisane do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych w odległości nie większej niż 15 km od siedziby ZCO – w załączeniu do oferty **wypis z właściwej ewidencji,**
  8. Posiadam certyfikat na zgodność z normą ISO 9001:2015 na podstawie dokumentu akredytacyjnego – **kopia certyfikatu.**
  9. Posiadam doświadczenie, poparte referencjami, w zakresie:
    - prowadzenia całodobowej pracowni diagnostyki laboratoryjnej na terenie szpitali w zakresie outsourcingu usług– minimum 3 szpitale przez okres co najmniej 3 lat dla których Oferent prowadzi laboratoria całodobowe w formie outsourcingu zapewniając świadczenia w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej o wielkości nie mniejszej niż 200 000 oznaczeń rocznie – **w załączeniu do oferty dokumenty referencyjne**
    - prowadzenia banku krwi pracującego w trybie 24 godzinnym przez 7 dni w tygodniu dla podmiotu leczniczego posiadającego w swojej strukturze przedsiębiorstwo szpital – **w załączeniu do oferty dokumenty referencyjne**
    - wykonywanie lub wykonanie usług w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, badań makrobiologicznych i serologii w zakresie objętym konkursem, dla co najmniej 2 szpitalu w ostatnich 3 latach – **w załączeniu do oferty dokumenty referencyjne**
  10. Posiadam dokumentację dotyczącą aparatury pomiarowo-badawczej oraz sprzętu, stanowiących wyposażenie pracowni, zawierającą:
    - 1) karty gwarancyjne,
    - 2) specyfikacje techniczne,
    - 3) datę rozpoczęcia eksploatacji,
    - 4) wykaz pracowników przeszkolonych i upoważnionych do obsługi oraz osób bezpośrednio odpowiedzialnych za daną aparaturę lub sprzęt,
    - 5) instrukcje użytkowania,
    - 6) zapisy kalibracji,
    - 7) instrukcje postępowania przy działaniach naprawczych i korygujących świadczenie o dopuszczeniu do użytkowania po usunięciu awarii,
    - 8) dane o bieżącej obsłudze i kontroli dane o konserwacji bieżącej i okresowej prowadzonej zgodnie ze wskazaniem wytwórców, przez użytkowników lub podmioty autoryzowane przez dystrybutorów lub wytwórców,
- i udostępnię ją do wglądu na żądanie Udzielającego Zamówienie
11. Poddam się kontroli NFZ i Udzielającego Zamówienie oraz wyrażam zgodę na przeprowadzanie audytów przez audytorów Udzielającego Zamówienie oraz firm certyfikujących i akredytujących
  12. Zagwarantuję czas oczekiwania na wynik badania zgodnie z pkt. VI Oferty (tabela nr 1 – dot. badań mikrobiologicznych).
  13. Zapewnię potrzebną ilość sprzętu do pobierania materiału (zamknięty, próżniowy system do pobierania krwi) do badań mikrobiologicznych i analitycznych oraz zapewnię przechowanie materiału biologicznego po pobraniu z jednoczesnym zabezpieczeniem materiału na czas

- transportu (np. stojaki na próbki) zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
14. Zapewnię dostępność procedur pobierania materiału do badań mikrobiologicznych i analitycznych oraz szkolenia z zakresu pobierania materiału i zapobiegania błędom przedlaboratoryjnym.
  15. Zapewnię wykonywanie badań zgodnie z zasadami i warunkami wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej. Spełniam wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych. W przypadku zmiany tych przepisów lub wejścia w życie nowych dostosuję zakres i sposób prowadzenia przez mnie działalności do ich wymogów w terminie przez nie przewidzianym.
  16. Nie będę wykonywać badań innych niż ujęte w formularzu ofertowym bez pisemnego zlecenia wykonania tych badań, podpisanego przez osoby uprawnione do reprezentowania Udzielającego Zamówienie zgodnie z danymi zawartymi w KRS lub dołączonych do skierowania upoważnieniach i pełnomocnictwach. Ceny badań muszą być uzgodnione pomiędzy stronami w formie pisemnej.
  17. Zapewnię wykonywanie badań zgodnie z obowiązującymi normami w tym zakresie, z uwzględnieniem wymogów jakościowych i procedur systemowych. Należy przyjąć, iż badanie wymienione w cenniku ofertowym jest badaniem kompletnym, jeżeli zatem istnieje potrzeba jego powtórzenia cena ofertowa winna obejmować powtórzenie. Analogicznie jeżeli wytyczne w zakresie realizacji danego badania wymagają wykonania testu potwierdzenia (np. przy diagnostyce HIV) cena ofertowa winna obejmować już cenę wraz z potwierdzeniem
  18. Zagwarantuję czas oczekiwania na wynik badania w zakresie:
    - badań podstawowych w terminie 1 dnia od dostarczenia materiału,
    - badań na cito w tym badań dla SOR w terminie 1 godz. od dostarczenia materiału
  19. Zapewnię system komputerowy z odpowiednim interfejsem zapewniającym dwukierunkową wymianę danych, umożliwiającą elektroniczne zlecenie badań i uzyskiwanie ich wyników oraz będzie sporządzał zestawienia miesięczne. Wdrożę procedury elektronicznego dostępu do wyników badań zapewniające kompatybilność wdrożonego systemu z systemem obowiązującym w szpitalu na swój koszt oraz przy zapewnieniu ochrony danych osobowych pacjentów, a także wdrożę system przesyłający i zapisujący wyniki badań bezpośrednio do systemu informatycznego działającego w szpitalu i zgodnie z jego wymogami i konfiguracją (system AMMS lub każdego innego wdrożonego w Szpitalu) oraz dokonam na własny koszt wszelkich nakładów potrzebnych do spełnienia tego wymogu zarówno po stronie Przyjmującego Zamówienie jak i Udzielającego Zamówienie działając zgodnie z wszelkimi wymogami licencyjnymi oraz zapewnię odpowiednią ilość licencji na wymagane oprogramowanie oraz dokonam cesji oprogramowania na rzecz Szpitala.
  20. Badania będą wykonywane przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje minimalne – osoba nadzorująca pracę laboratorium posiada kwalifikacje zgodne z przepisami ustawy o diagnostyce laboratoryjnej dla kierownika laboratorium oraz specjalizację zgodną z profilem laboratorium. Wszystkie osoby wykonujące badania są wpisane na listę diagnostów laboratoryjnych. Dysponuję lekarzem mikrobiologiem zatrudnionym przez Świadczeniodawcę w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego - **w załączeniu lista osób wraz ze wskazaniem kwalifikacji, posiadanych przez nie specjalizacji i uprawnień.**
  21. Wyniki będą podpisywane przez osoby z odpowiednimi w danym zakresie kwalifikacjami i uprawnieniami posiadającymi prawo wykonywania zawodu i wpis na listę w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych. Wykazy osób świadczących usługę w imieniu Przyjmującego Zamówienie będzie aktualizowany na piśmie w przypadku zaistnienia zmian poprzez podanie osób zastępujących osoby wskazane w wykazie i ich kwalifikacji oraz doświadczenia, tak aby potwierdzały zakres kompetencji co najmniej zgodny z osobą która z wykazu zostaje wykreślona. Aktualizacja będzie dokonywana w terminie 3 dni od daty zaistnienia zdarzenia.
  22. Wynajmę pomieszczenia laboratorium mieszczące się w ZCO przy ul. Szpitalnej 13 o łącznej powierzchni 340m<sup>2</sup> na okres do 3 lat po cenie ..... za 1m<sup>2</sup> najmu netto.
  23. Zapewnię na swój koszt i swoim staraniem zgodność wyposażenia oraz stanu pomieszczeń z obowiązującymi aktualnie lub w przypadku zmiany, zmienionymi przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym

- i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej lub pojawienia się nowych regulacji w powyższym zakresie zgodnie z ich treścią.
24. Przeprowadzę w dzierżawionych pomieszczeniach niezbędne remonty, adaptacje i ponieść nakłady konieczne na utrzymanie przedmiotu dzierżawy w stanie wynikających z obowiązujących przepisów lub w przypadku ich zmiany dostosować pomieszczenia do tego stanu na swój koszt oraz dokonać wymiany liczników energii elektrycznej i wodomierzy na nowe i dokonać aktualnych pomiarów instalacji elektrycznych / protokoły z pomiarów przekazać Udzielającemu Zamówienie /.
  25. Zapewnię w cenie usługi wszelkie niezbędne materiały, akcesoria konieczne do badań (płytki odciskowe, woreczki i pojemniki na mocz, pojemniki na kał itp.) pozwalające na wykonanie prawidłowego badania.
  26. Pokryję koszty materiałowe związane z oznakowaniem materiału do badań oraz druków i skierowań
  27. Zapewnię archiwizację wyników zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie dokumentacji medycznej
  28. Będę dostarczać zestawienia statystyczne z wykonywanych badań (po uzgodnieniach z Udzielającym Zamówienie) zawierające dane ilościowe i jakościowe z wyszczególnieniem komórki organizacyjnej zlecającej badania, zlecającego lekarza, czasu zlecenia, wykonania badania, kosztów badania i odszukiwanie wyników poszczególnych pacjentów.
  29. Dostarczę listę badań podzlecanych wraz z danymi laboratorium wykonującego podzlecenie, poza badaniami „citowymi”. Laboratorium wykonujące spełnia warunki określone w specyfikacji konkursowej, oraz oświadczam że będę wysyłać zgodę Udzielającemu Zamówienie na zlecenie usługi, z zastrzeżeniem, iż podzlecenie dopuszczalne jest jedynie w zakresie badań wysokospecjalistycznych lub serologicznych jeżeli podwykonawcą jest RCK.
  30. Posiadam wdrożone/wdrożę\* w terminie nie później niż do .....( dwa miesiące od zawarcia umowy) wszelkie niezbędne procedury w zakresie wymagań akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakością w Krakowie. (W przypadku gdy Przyjmujący Zamówienie posiada wdrożone procedury, o których mowa wyżej winien je załączyć do złożonej oferty) \*\_niepotrzebne skreślić
  31. W przypadku występowania problemów z danym zakresem badania lub wydłużającym się terminem wykonania badania (niezależnym od możliwości Przyjmującego Zamówienie) poinformuję telefonicznie kierownika danej komórki organizacyjnej lub lekarza dyżurnego o wszelkich problemach z realizacją skierowania
31. Zobowiązuję się do realizacji wymagań wynikających z ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ze szczególnym uwzględnieniem:
- 1) Izolowania i identyfikacji czynnika etiologicznego infekcji oraz określenie jego wrażliwości
  - 2) Monitorowania lekowrażliwości szczepów i identyfikacja mechanizmów oporności
  - 3) Powiadamiania Zespołu Kontroli Zakażeń i Oddział szpitalny z którego zostało wysłane badanie w przypadku izolacji drobnoustrojów z listy patogenów alarmowych, pojawiania się nowych mechanizmów oporności, gwałtownego wzrostu udziału w zakażeniach szczepów izolowanych rutynowo
  - 4) Współpracą z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych w zakresie określania źródeł i dróg przenoszenia infekcji
  - 5) Współdziałaniem w mikrobiologicznej kontroli procesów sterylizacji i dezynfekcji
  - 6) Współpracą z oddziałami szpitalnymi w zakresie doboru materiałów do badań mikrobiologicznych, stałej informacji o przebiegu badania, interpretacji uzyskanych wyników oraz doboru antybiotyku i analizy przyczyn niepowodzenia terapii
  - 7) Kolekcjonowaniem szczepów izolowanych w przypadku epidemii szpitalnych w celu przesłania ich do ośrodków referencyjnych i wykonania dokładniejszej identyfikacji
  - 8) Szkoleniem personelu w zakresie pobierania materiałów do badań
  - 9) Analizą dotyczącą występowania szczepów wieloopornych, mapowanie mikrobiologiczne (identyfikacja nieracjonalnego i błędnego stosowania antybiotyków, odpowiednie wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej oraz będę przekazywał w/w informacje, zestawienia i danych na formularzach zgodnych z wzorem ustalonym przez Udzielającego Zamówienie, podlegającym bieżącej aktualizacji w toku realizacji umowy.
  - 10) Zestawień statystycznych wskazanych przez zespół lub organy kontroli zewnętrznej;
  - 11) W przypadku jeżeli obowiązujące przepisy wymagają wdrożenia dokumentacji elektronicznej lub przesyłania danych dotyczących zakażeń w formie elektronicznej z podpisem zaufanym

lub bezpiecznym, wdrożę takie rozwiązania w terminach przewidzianych w obowiązujących przepisach.

32. Zobowiązuję się w przypadku badań serologicznych i oznaczeń grup krwi do przekazania wyniku. Jeżeli z jakichkolwiek względów uzyskanie wyniku wymaga przeprowadzenia badań w RCK lub innym podmiocie, zlecę samodzielnie wykonanie badania i poniosę koszty tych badań bez prawa do podwyższenia ceny ofertowej.
33. Wyrażam zgodę na zmianę ilości poszczególnych badań określonych w załączniku nr 1 (oferta) pkt. VI z zachowaniem cen jednostkowych określonych w ofercie.

**VI.** Deklaruję wykonanie badań zgodnie z poniższymi cenami i terminami:

- cena jednostkowa za badanie jest podstawą rozliczenia stron umowy i jest wiążąca dla oferenta.
- wartość ogólna – wartość wykorzystywana wyłącznie do oceny i porównania ofert, wskazane ilości badań nie stanowią punktu odniesienia dla realizacji umowy i ilości badań jakie zostaną zlecone oferentom

Za posiew Udzielający Zamówienia rozumie założenie hodowli i identyfikację drobnoustroju. MIC ma być wykonywany dla antybiotyków określonych jako właściwe do leczenia danej grupy drobnoustrojów z uwzględnieniem konkretnych antybiotyków stosowanych zgodnie z receptariuszem Szpitala, co oznacza, iż nie wykonuje się MIC dla antybiotyków nie uwzględnionych w tym receptariuszu.

Tabela nr 1

<i>Lp</i>	<i>Nazwa badania mikrobiologicznego</i>	<i>Maksymalny czas oczekiwania na wynik</i>	<i>Ilość</i>	<i>Cena jed. za badanie</i>	<i>Wartość</i>
1	Posiew krwi i innych płynów ustrojowych- dziecko	Do 7 dni	320		
2	Posiew krwi i innych płynów ustrojowych- dorosły. Hodowla tlenowa	Do 5 dni	2500		
3	Posiew krwi i innych płynów ustrojowych- dorosły. Hodowla beztlenowa	Do 7dni	2500		
4	Posiew moczu	48h	2900		
5	Wymaz z gardła	72h	100		
6	Wymaz z jamy ustnej	72h	10		
7	Wymaz z ucha	72h	50		
8	Wymaz z nosa	72h	900		
9	Wymaz z migdałków	72h	250		
10	Wymaz z nosogardła	72h	10		
11	Wymaz z worka spojówkowego	72h	50		
12	Wymaz z przetyku	72h	17		
13	Posiew - płwocina	72h	150		
14	Posiew – aspirat tchawiczy,BAL	72h	400		
15	Posiew – aspirat z oskrzeli	72h	1300		
16	Cewnik naczyniowy-koncówka ( ilościowo)	72h	50		
17	Wymaz z oka	72h	40		
18	Wymaz z pochwy	72h	50		
19	Wymaz z pochwy i odbytnicy w kierunku paciorkowców grupy B (GBS)	72h	20		
20	Wymaz z kanału szyjki macicy	72h	80		
21	Posiew z gruczołu Bartholiniego	72h	5		
22	Badanie w kierunku Neisseria gonorrhoeae	72h	5		
23	Wymaz z cewki moczowej	72h	10		
24	Posiew płyn mózgowo-rdzeniowy	72h	200		
25	Wymaz ze zmian skórnych	72h	40		
26	Wymaz rany, ropy	72h	1000		
27	Wymazy z rany beztlenowo	72h	350		
28	Wymaz z owrzodzenia	72h	150		
29	Posiew - ropa	72h	250		
30	Posiew ropa beztlenowo	72h	200		
31	Posiew z jamy ciała	Do 5 dni	350		
32	Posiew – płyn z jamy ciała beztlenowy	Do 5 dni	250		
33	Posiew – płyn z jamy otrzewnej	Do 5 dni	220		
34	Posiew – płyn z jamy otrzewnej beztlenowy	Do 5 dni	140		
35	Badanie bakteriologiczne tkanek	Do 5 dni	5		
36	Posiew w kierunku bakterii beztlenowych	Do 5 dni	20		
37	Posiew materiału w kierunku grzybów drożdżopodobnych	Do 5 dni	90		
38	Kał od chorych w kierunku Salmonella,Shigella-dorośli	72h	600		
39	Kał od chorych w kierunku Salmonella,Shigella,EPEC-dzieci do 2 lat	72h	50		
40	Kał w kierunku Campylobacter	72h	100		
41	Kał w kierunku Yersinia, EHEC	72h	100		
42	Posiew kału w kierunku enterokrwotocznej Escherichia coli	72h	60		
43	Wymaz z odbytu	72h	1200		
44	Badanie jałowości materiału – wymaz	72h	300		

45	Badanie jałowości materiału – płytka odciskowa	72h	40		
46	Badanie jałowości powietrza – płytka odciskowa	72h	70		
47	Ocena skuteczności sterylizacji (sporal A,sporal S)	Do 7dni	10		
48	Ocena lekowrażliwości bakterii metodą dyfuzyjno-krążkową	24h	4500		
49	Oznaczenie lekowrażliwości bakterii - MIC	24h	200		
50	Oznaczenie lekowrażliwości grzybów drożdżopodobnych	48h	50		
51	Clostridium difficile – toksyna A/B w kale	48h	700		
52	Oznaczenie antygenów Streptococcus pneumoniae,Haemophilus influenzae b,Neisseria meningitidisA,B,C ,Escherichia coli K1 w PMR	W tym samym dniu	100		
53	Quantiferon Tb, test IGRA	30 dni	20		
54	Antybiogram mikrobiologiczny	72h	4500		
55	Wymaz z przelyku badania mykologicznego	Do 5dni	100		
56	Mykogram mikrobiologiczny	Do 5 dni	40		
57	Yersina enterocolitica IgM IgM Iga met.ELISA	Do 7 dni	160		
58	Posiew PMR metoda manualną	72h	20		
<b>Wartość ogółem:</b>					

Tabela nr 2

<i>Lp</i>	<i>Nazwa badania analitycznego</i>	<i>Ilość</i>	<i>Cena jedn. za badanie</i>	<i>Wartość</i>
1	Morfologia krwi 5 DIFF	70000		
2	Morfologia krwi CBC	70000		
3	Rozmaz mikroskopowy	1500		
4	Retikulocyty	700		
5	OB	9000		
6	Płytki krwi	550		
7	Mielogram- ocena szpiku	10		
8	Szkiełka i barwienie szpiku	100		
9	Antytrombina III	25		
10	APTT (czas kaolinowo-kefalinowy)	40000		
11	PT (czas protrombinowy, wskaźnik INR)	45000		
12	Fibrynogen	2400		
13	Glukoza	55000		
14	Cholesterol całkowity	8500		
15	Cholesterol HDL	4500		
16	Cholesterol LDL	5000		
17	Trójglicerydy	6500		
18	Aminotransferaza alaninowa (ALAT)	40000		
19	Aminotransferaza asparaginowa (ASPAT)	40000		
20	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	1400		
21	Amylaza – surowica	10000		
22	Amylaza - mocz	800		
23	Fosfataza alkaliczna (ALP)	15000		
24	Fosfataza kwaśna	100		
25	Fosfataza kostna	40		
26	Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	14000		
27	CK- Kinaza kreatyny	2000		
28	CK-MB	25000		
29	Albumina	2900		
30	Białko całkowite	4500		
31	Białko, frakcje-proteinogram	1200		
32	Bilirubina całkowita	30000		
33	Bilirubina bezpośrednia	1000		
34	Mocznik	7000		
35	Kreatynina	85000		
36	Kwas moczowy	5000		
37	Jonogram (K,Na,Cl)	90000		
38	Wapń całkowity	6000		
39	Wapń zjonizowany	2500		
40	Magnez	3700		
41	Fosfor nieorganiczny	1500		
42	Żelazo	4200		
43	TIBC- całkowita zdolność wiązania żelaza	450		
44	Gazometria	6000		
45	D- Dimery	15000		
46	Mocz – analiza ogólna z oceną mikroskopową osadu	25000		
47	Mocz- białko w moczu dobowym	20		
48	Sód i potas w moczu dobowym	10		
49	Odczyn Waaler-Rose jakościowo	10		
50	CRP - ilościowo	65000		
51	ASO- jakościowo	25		
52	ASO-ilościowo	450		
53	RF- jakościowo	20		
54	RF-ilościowo	150		



55	Prokalcytonina	2000		
56	USR	100		
57	VDRL	2200		
58	Mononukleozą	90		
59	Próba potowa	180		
60	Immunofiksacja	10		
61	Hemoglobina glikowana HbA1C	8000		
62	Grupa krwi	9000		
63	Alloprzeciwciała odpornościowe	500		
64	Próba zgodności serologicznej	3500		
65	BTA	300		
66	PMR -badanie ogólne	260		
67	Płyn z jam ciała badanie ogólne	600		
68	Kał na pasożyty	800		
69	Kał na lamblie(ELISA)	200		
70	Kał na krew utajoną bez diety	800		
71	Kał na krew utajoną z dietą	30		
72	Rotawirusy	1000		
73	Adenowirusy	900		
74	IgA	500		
75	IgM	400		
76	IgG	400		
77	Transferyna	600		
78	TSH 3 generacja	9000		
79	T3 (Trójiodotyronina)	100		
80	T4 (Tyroksyna)	100		
81	FT3(wolne T3)	2200		
82	FT4(wolneT4)	3000		
83	FSH	100		
84	LH	60		
85	Estradiol	150		
86	Progesteron	50		
87	Prolaktyna	90		
88	HCG-beta	1000		
89	Testosteron	100		
90	Kortyzol	70		
91	Ferrytyna	1000		
92	Parathormon	100		
93	Witamina B12	2300		
94	Kwas foliowy	350		
95	Insulina	100		
96	Troponina I	25000		
97	Troponina T	100		
98	AFP	1100		
99	CEA	5000		
100	CA-19-9	3500		
101	CA-125	1600		
102	CA-15-3	50		
103	Cyfra 21-1	20		
104	PSA	4000		
105	HBS antygen	6500		
106	Przeciwciała anty HBS	160		
107	Przeciwciała anty HCV	3000		
108	HIV	500		
109	IgE całkowite	1300		
110	Alkohol etylowy we krwi	6700		
111	Lit	1000		

112	Doustny test tolerancji glukozy	30		
113	Fenytoina	5		
114	Karbamazepina	30		
115	Kwas walproinowy	150		
116	Sód	5000		
117	Potas	4500		
118	Chlor	1500		
119	Homocysteina	20		
120	C-peptyd	200		
121	p/c p.dekarboksylazie kw. Glutaminowego (anty – GAD)	120		
122	Enzym konwertujący angiotensynę	10		
123	CMV Ig M	50		
124	EBV igM	10		
125	Mycoplasma pneumoniae IgM	50		
126	Borelioza IgG	50		
127	Borelioza IgM	50		
128	Borelioza IgG w PMR	120		
129	Borelioza IgM w PMR	120		
130	HBs antygen, tesr potwierdzenia	40		
131	p/c p.transglutaminazie tkankowe (anty-tTG) w kl.IgA met.ELISA	50		
132	p/c p. receptorom acetylocholino (anty- ACHR)	40		
133	Panel pediatryczny (alergeny)	10		
134	Białko oligoklonalne w PMR	50		
135	Osad płynu mózgowo- rdzeniowego	50		
136	Płyn mózgowo- rdzeniowy – badanie ogólne	350		
137	Cytologia ogólna met. klasyczną	400		
138	ANA3 met. Ummunoblot	160		
139	p/c p. mitochondrialne (AMA)	160		
140	AsMA	160		
141	Anty HAV IgM	40		
142	Kolprotektyna ilościowo	10		
143	Anty Hbc total	20		
144	Sód i Potas	1000		
145	Próby wątrobowe	1000		
146	Lipidogram	1000		
147	Rota i adenowirus	500		
148	Poziom testosteronu wolnego	10		
149	Kał na stopień strawienia	100		
150	Kał posiew ogólne	100		
151	IgG Glista Lidzka	100		
<b>Wartość ogółem:</b>				

**Uwaga !**

**Do oceny oferty brana będzie pod uwagę łączna wartość tabeli nr 1 i 2.**

.....  
 /podpis osoby upoważnionej  
 do reprezentacji oferenta – czytelny  
 lub z pieczętką imienną/

## WYKAZ BADAŃ „CITO”

### I. BADANIA PODSTAWOWE

1. Morfologia krwi 5 DIFF
2. Mocz – analiza ogólna z oceną mikroskopową osadu
3. Glukoza
4. Kreatynina
5. Bilirubina całkowita
6. Amylaza – surowica
7. Troponina
8. CK-MB
9. ALAT
10. ASPAT
11. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy)
12. PT (czas protrombinowy, wskaźnik INR)
13. Cholesterol całkowity
14. D-Dimery
15. Gazometria
16. Jonogram (K,Na,Cl)
17. Gammaglutamylotranspeptydaza- (GGTP)
18. Fosfataza alkaliczna (ALP)
19. Fibrynogen
20. Alkohol etylowy we krwi
21. Grupa krwi
22. Próba zgodności serologicznej
23. Przeciwciała odpornościowe

#### **Uwaga:**

**Udzielający Zamówienia w każdym czasie może rozszerzyć listę badań citowych, informując o tym Przyjmującego Zamówienie na piśmie. Zmiana zakresu badań nie wymaga zgody Przyjmującego Zamówienie ani aneksowania umowy. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest dostosować się do nowej listy badań.**

### II. BADANIA WYKONYWANE DLA „SOR”

1. Morfologia krwi 5 DIFF
2. Mocz – analiza ogólna z oceną mikroskopową osadu
3. Glukoza
4. Kreatynina
5. Amylaza – surowica
6. Bilirubina całkowita
7. Gammaglutamylotranspeptydaza- (GGTP)
8. Fosfataza alkaliczna (ALP)
9. Troponina
10. CK-MB
11. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy)
12. PT (czas protrombinowy, wskaźnik INR)
13. D-Dimery
14. Gazometria
15. Jonogram (K,Na,Cl)
16. Fibrynogen
17. Alkohol etylowy we krwi
18. Grupa krwi
19. Próba zgodności serologicznej

## II. BADANIA WYKONYWANE DLA „OAIT”

1. Gazometria
2. Badania biochemiczne i hematologiczne
3. Krzepnięcie krwi
4. Próby krzyżowe
5. Poziom mleczanów