***Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu* **badań laboratoryjnych**

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

**O F E R T A**

Postępowanie ……………………………………….……………………………………………………………………………………………...

  *( wpisać przedmiot postępowania)*

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

**Oferent:** .............................................……………………………………………………………………………………………………

 *(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

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

Oferta zawiera …… kolejno ponumerowanych stron.

………………………………………….

(*podpis i pieczątka oferenta)*

***Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu*  **badań laboratoryjnych**

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

Wzór spisu treści

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie .................……………………………………….………………………………………………………….………………….

*(wpisać przedmiot postępowania oferty)*

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

**Spis treści:**

 Nr strony (od - do)

1. ………………………………………………………... ……………………….…...
2. ………………………………………………………... …………………….………
3. ………………………………………………………... …………………….………
4. ………………………………………………………… ……..………......……….
5. ………………………………………………………… ..……………….............
6. ………………………………………………………… …………………………….
7. ………………………………………………………… ..……………………….....

Oferent: .................………………………………………………………….…………………………………………………………...………

 *(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

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

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

 *(podpis i pieczątka Oferenta)*

***Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu* **badań laboratoryjnych**

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

# Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

# FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na…………………………………………………….

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

*…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………. (wpisać przedmiot postępowania)*

- ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4 oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadamy przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że spełniam wymagane parametry graniczne, określone w załączniku Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że posiadamy odpowiedni sprzęt specjalistyczny oraz pozwolenia w zakresie wykonywania przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
8. Oświadczam, że:
9. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
10. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
11. akceptuję projekt umowy, i zapisy w nim zawarte;
12. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oświadczam, ze oferta składa się z ................ponumerowanych stron.

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

 *(podpis i pieczątka oferenta)*

***Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu*  **badań laboratoryjnych**

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

**Wzór oferty cenowej**

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(wpisać przedmiot postępowania)*

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

**Oferta cenowa**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie badań ………………………………………….……… …………………………………………………………………………………………………………… na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4

**Zadanie nr 1 – badania laboratoryjne z zakresu hemostazy, endokrynologii i autoimmunologii**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba****usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
| 1 | Antytrombina III | 50 |  |  |  |
| 2 | Czynnik krzepnięcia V - aktywność | 30 |  |  |  |
| 3 | Białko C | 20 |  |  |  |
| 4 | Białko S | 20 |  |  |  |
| 5 | Krążący antykoagulant (resztkowa aktywność czynnika VIII) | 20 |  |  |  |
| 6 | Obecność antykoagulantu  | 20 |  |  |  |
| 7 | C- peptyd | 50 |  |  |  |
| 8 | Czynnik wzrostu IGF-1 | 100 |  |  |  |
| 9 | Cynk w surowicy | 20 |  |  |  |
| 10 | Aldosteron | 10 |  |  |  |
| 11 | Renina | 10 |  |  |  |
| 12 | Kwas foliowy | 20 |  |  |  |
| 13 | Erytropoetyna | 10 |  |  |  |
| 14 | SHBG | 30 |  |  |  |
| 15 | Kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM  | 50 |  |  |  |
| 16 | Kwas wanilinomigdałowy w DZM | 20 |  |  |  |
| 17 | Homocysteina | 20 |  |  |  |
| 18 | Mioglobina | 20 |  |  |  |
| 19 | Serotonina  | 20 |  |  |  |
| 20 | Podklasy IgA | 20 |  |  |  |
| 21 | AMH | 20 |  |  |  |
| 22 | Aldolaza | 20 |  |  |  |
| 23 | Makroprolaktyna | 20 |  |  |  |
| 24 | Erytropoetyna | 20 |  |  |  |
| 25 | Przeciwciała p/gangliozydom(GMI) | 20 |  |  |  |
| 26 | Przeciwciała p/rec. Acetylocholiny (AChRAb) | 20 |  |  |  |
| 27 | Przeciwciała p/Fasciola hepatica | 20 |  |  |  |
| 28 | Przeciwciała anty GAD | 20 |  |  |  |
| 29 | Przeciwciała anty IA2 | 20 |  |  |  |
| 30 | Przeciwciała ICA | 20 |  |  |  |
| 31 | Przeciwciała p/ kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF | 20 |  |  |  |
| 32 | Przeciwciała p/ czynnikowi wewn. Castle’a i kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF | 20 |  |  |  |
| 33 | Przeciwciała p- β2-glikoproteinie I w klasie IGG | 20 |  |  |  |
| 34 | Przeciwciała p- β2-glikoproteinie I w klasie IGM | 20 |  |  |  |
| 35 | Przeciwciała p/ akwaporynie 4 (AQP4) | 20 |  |  |  |
| 36 | Przeciwciała p/ NMDA | 20 |  |  |  |
| 37 | Przeciwciała p/ WZW typu E – Western Blot | 10 |  |  |  |
| 38 | HEV RNA – wynik jakościowy | 10 |  |  |  |
| 39 | Przeciwciała p/ WZW typu D | 10 |  |  |  |
| 40 | Panel neurologiczny: p-**ciała Hu, Yo, CV2, Ri, M2/Ta, Amphiphysin** | 20 |  |  |  |
| 41 | Kwasy żółciowe całkowite ilościowo | 20 |  |  |  |
| 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

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

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

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

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

**Zadanie nr 2 – badania laboratoryjne badania laboratoryjne specjalistyczne z zakresu biologii molekularnej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba****usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
| 1 | Profil immunologiczny CD3/CD4 /CD8 | 500 |  |  |  |
| 2 | Oznaczenie allelu HLA-B\*57 | 120 |  |  |  |
| 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

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

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

**Zadanie nr 3 - badań laboratoryjnych specjalistycznych z zakresu diagnostyki kiły**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba****usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
| 1 | VDRL – test ilościowy (miano) w materiale: surowica lub płyn mózgowo - rdzeniowy | 20 |  |  |  |
| 2 | FTA – test ilościowy (miano) w materiale: surowica lub płyn mózgowo - rdzeniowy | 20 |  |  |  |
| 3 | FTA-abs – test jakościowy w materiale: surowica lub płyn mózgowo - rdzeniowy | 20 |  |  |  |
| 4 | TPHA – test ilościowy w materiale: surowica lub płyn mózgowo - rdzeniowy | 20 |  |  |  |
| 5 | IgM immunoblot dla T. pallium w płynie mózgowo – rdzeniowym lub surowicy | 20 |  |  |  |
| 6 | IgG immunoblot dla T. pallium w surowicy | 20 |  |  |  |
| 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

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

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

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

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

***Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu* **badań laboratoryjnych**

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

**Wzór danych o Oferencie**

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie …………..…………………………………………….....................................................

*(wpisać przedmiot postępowania)*

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

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa oferenta - numer wpisu do właściwego rejestru, numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ (KRS, ewidencja działalności gospodarczej).

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

2. Adres Oferenta

ul……………………………………., nr…………………………………………………………...…

Kod pocztowy……………………., miejscowość…………………………………………..

Telefon……………………………, fax………………………………………………………….…

Regon………………………..NIP…………………………………………………………….……..

Nazwa banku, nr rachunku ………………………………………………………………….

Wymagane dokumenty:

Kserokopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz odpis aktualnych rejestrów (KRS, ewidencji o działalności gospodarczej) potwierdzający, że profil działania Oferenta odpowiada profilowi usług objętych niniejszym konkursem.

……………………………….

*(Podpis i pieczątka Oferenta)*