Pieczątka firmowa Oferenta

 Załącznik Nr 1 do SWKO

 Nr 2/19

 **Wykaz badan laboratoryjnych na rzecz Miejskiego Centrum Medycznego ,,Bałuty,, w Łodzi – prognoza na 36 miesięcy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | Nazwa badania  | Przewidywana ilość badań w ciągu 36 miesięcy | Cena jednostkowabrutto | Wartość brutto | Czas oczekiwania na wynik |
|  | **HEMATOLOGIA I KOAGULOLOGIA** |  |  |  |  |
| 1 | Morfologia ( ICD9:C53 ) | 30000 |  |  |  |
| 2 | Morfologia + rozmaz (automat) (ICD9:C55) | 25000 |  |  |  |
| 3 | Morfologia + rozmaz (mikroskop) (ICD9:C55 ) | 10000 |  |  |  |
| 4 |  Retikulocyty( ICD9: C69 ) | 550 |  |  |  |
| 5 | OB (ICD9: C59 ) | 32000 |  |  |  |
| 6 | Czas protrombinowy PT (ICD9: G21) | 21000 |  |  |  |
| 7 | Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT) (ICD9: G11) | 5000 |  |  |  |
| 8 | Fibrynogen (ICD9: G53) | 1400 |  |  |  |
| 9 | D-dimery (ICD9: G49) | 2000 |  |  |  |
| 10 | Eozynofile- wymaz z nosa  | 40 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **ANALITYKA OGÓLNA -badanie moczu** |  |  |  |  |
| 11 | Badanie ogólne moczu z osadem manualnym (ICD9: A01) | 48000 |  |  |  |
| 12 | Glukoza w moczu (ICD9: L43) | 20 |  |  |  |
| 13 |  Ciała ketonowe w moczu (ICD9: A11) | 20 |  |  |  |
| 14 | Wskaźnik albumina/kreatynina (ICD9: I09) | 20 |  |  |  |
| 15 | Fosfor w moczu (ICD9: L23) | 10 |  |  |  |
| 16 | Wapń w moczu (ICD9: O75) | 10 |  |  |  |
| 17 | Amylaza w moczu (ICD9: I25) | 350 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **ANALITYKA OGÓLNA -badanie kału** |  |  |  |  |
| 18 |  Kał - badanie ogólne (ICD9: A23)  | 250 |  |  |  |
| 19 |  Pasożyty w kale (ICD9: A21) | 1300 |  |  |  |
|  20 |  Owsiki- wymaz parazytologiczny (ICD9: X17) | 250 |  |  |  |
| 21 |  Krew utajona bez diety (ICD9: A17) | 1250 |  |  |  |
| 22 | Giardia lamblia (metoda Elisa) (ICD9: X13) | 170 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **BADANIA HORMONALNE** |  |  |  |  |
| 23 | TSH ( hormon tyreotropowy) (ICD9: L69) | 31000 |  |  |  |
| 24 | fT3 (ICD9: 055) | 8000 |  |  |  |
| 25 | fT4 (ICD9: O69) | 11000 |  |  |  |
| 26 | FSH (ICD9: L65) | 400 |  |  |  |
| 27 | LH (ICD9: L67) | 150 |  |  |  |
| 28 | Prolaktyna (ICD9: N59) | 500 |  |  |  |
| 29 | Progesteron (ICD9: N55) | 300 |  |  |  |
| 30 | Estradiol (ICD9: K99) | 220 |  |  |  |
| 31 | Testosteron (ICD9: O41) | 160 |  |  |  |
| 32 | Beta-HCG (ICD9: L47) | 180 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **BADANIA BIOCHEMICZNE** |  |  |  |  |
| 33 | Albumina ( ICD9: I09) | 20 |  |  |  |
| 34 | ALAT (ICD9: I17) | 31000 |  |  |  |
| 35 | Amylaza (ICD9: I25) | 3500 |  |  |  |
| 36 | ASPAT (ICD9: I19) | 20000 |  |  |  |
| 37 | ASO ilościowo (ICD9: U75) | 2300 |  |  |  |
| 38 | Białko całkowite (ICD9: I77) | 500 |  |  |  |
| 39 | Bilirubina całkowita (ICD9: I89) | 8500 |  |  |  |
| 40 | Bilirubina bezpośrednia (ICD9: I91) | 300 |  |  |  |
| 41 | Bilirubina pośrednia (ICD9: I87)  | 210 |  |  |  |
| 42 | CRP (ICD9: I81) | 1600 |  |  |  |
| 43 | Cholesterol całkowity (ICD9: I99) | 39000 |  |  |  |
| 44 | Cholesterol HDL (ICD9: K01)  | 31000 |  |  |  |
| 45 | Cholesterol LDL- parametr wyliczany (IDC9: K03) | 31000 |  |  |  |
| 46 | Cholesterol LDL met. bezpośrednią (ICD9: K03) | 3000 |  |  |  |
| 47 | Chlorki (ICD9: I97) | 4000 |  |  |  |
| 48 | CK (ICD9: M18) | 320 |  |  |  |
| 49 | CK-MB (ICD9: M19) | 40 |  |  |  |
| 50 | Fosfor nieorganiczny (ICD9:L23) | 380 |  |  |  |
| 51 | Fosfataza alkaliczna ALP (ICD9: 11) | 700 |  |  |  |
| 52 | Fosfataza kwaśna ACP (ICD9:L15) | 10 |  |  |  |
| 53 | Ferrytyna (ICD9: L05) | 30 |  |  |  |
| 54 | Hemoglobina glikowana (ICD9: L55) | 1600 |  |  |  |
| 55 | GGTP (ICD9: L31) | 3800 |  |  |  |
| 56 | Glukoza (ICD9: L43) | 45000 |  |  |  |
| 57 | Kreatynina (ICD9: M37) | 38000 |  |  |  |
| 58 | Kwas moczowy (ICD9: M45) | 15000 |  |  |  |
| 59 | Lipaza (ICD9: M67) | 1100 |  |  |  |
| 60 | LDH (ICD9: K33) | 70 |  |  |  |
| 61 | Magnez (ICD9: M87) | 2100 |  |  |  |
| 62 | Mocznik (ICD9: N1)  | 12200 |  |  |  |
| 63 | Mukoproteidy (ICD9: N26) | 280 |  |  |  |
| 64 | Potas (ICD9: N45) | 29000 |  |  |  |
| 65 | Proteinogram (ICD9: I79) | 250 |  |  |  |
| 66 | Przeciwciała przeciwjądrowe (ICD9: O21) | 120 |  |  |  |
| 67 | RF ilościowo (ICD9: K21) | 2800 |  |  |  |
| 68 | Sód (ICD9: O35) | 20000 |  |  |  |
| 69 | Test obciążenia glukozą OTTG (ICD9: L43) | 4000 |  |  |  |
| 70 | Transferyna (ICD9: O43 ) | 30 |  |  |  |
| 71 | Trójglicerydy (ICD9: O49) | 35000 |  |  |  |
| 72 | TIBC (ICD9: O93) | 400 |  |  |  |
| 73 | UIBC (ICD9: O39) | 400 |  |  |  |
| 74 | Wapń całkowity (ICD9: O77) | 2200 |  |  |  |
| 75 | Witamina B 12 (ICD9: O83) | 60 |  |  |  |
| 76 | Witamina D 25 (OH) (ICD9: O91) | 1000 |  |  |  |
| 77 | Żelazo (ICD9: O95) | 11000 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **DIAGNOSTYKA INFEKCJI** |  |  |  |  |
| 78 | Antygen HBs (ICD9: V39) | 650 |  |  |  |
| 79 | Przeciwciała anty HBs (ICD9: V42) | 400 |  |  |  |
| 80 | HIV (ICD9: F91) | 280 |  |  |  |
| 81 | HIV test potwierdzenia (ICD9: F90) | 1 |  |  |  |
| 82 | HCV – przeciwciała (ICD9: V48) | 800 |  |  |  |
| 83 | Helicobacter pylori IgG (ICD9:U10) | 550 |  |  |  |
| 84 | Toxoplasma gondii IgG (ICD9: X41) | 600 |  |  |  |
| 85 | Toxoplasma gondii IgM (ICD9: X45) | 700 |  |  |  |
| 86 | Rubella IgG (ICD9: V19) | 100 |  |  |  |
| 87 | Rubella IgM (ICD9: V23) | 80 |  |  |  |
| 88 | Bordetella pertussis IgG (ICD9: S07) | 130 |  |  |  |
| 89 | Bordetella pertussis IgM (ICD9: S09) | 150 |  |  |  |
| 90 | Mycoplasma pneumoniae IgG (ICD9: U41) | 150 |  |  |  |
| 91 | Mycoplasma pneumoniae IgM (ICD9: U43) | 170 |  |  |  |
| 92 | Borelia burgdorferi IgG (ICD9: S21) | 1500 |  |  |  |
| 93 | Borelia burgdorferi IgG- test potwierdzenia western-blott (ICD9:S23) | 5 |  |  |  |
| 94 | Borelia burgdorferi IgM (ICD9:S25) | 1500 |  |  |  |
| 95 | Borelia burgdorferi IgM test potwierdzenia western-blott (ICD9:S27) | 5 |  |  |  |
| 96 | Chlamydia pneumoniae IgG (ICD9: S67) | 80 |  |  |  |
| 97 | Chlamydia pneumoniae IgG (ICD9: S65) | 80 |  |  |  |
| 98 | Świnka -IgM- ocena miana- półilościowa (ICD9 : F34) | 10 |  |  |  |
| 99 | CMV - IgG - ilościowo (ICD9: F19) | 50 |  |  |  |
| 100 | CMV - IgM - ilościowo (ICD9: F23) | 50 |  |  |  |
| 101 | Mononukleoza – przeciwciała IgM (ICD9: F56) | 15 |  |  |  |
| 102 | Toxocara canis (ICD9: X33) | 40 |  |  |  |
| 103 | Kiła(Treponema pallidum) test przesiewowy (ICD9: U79) | 350 |  |  |  |
| 104 | Kiła(Treponema pallidum) test potwierdzenia (ICD9:U83) | 10 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **DIAGNOSTYKA CHORÓB NOWOTWOROWYCH** |  |  |  |  |
| 105 | PSA całkowite (ICD9: I61) | 7000 |  |  |  |
| 106 | PSA wolne (ICD9: I63) | 600 |  |  |  |
| 107 | CA- 125 (ICD9: I41) | 200 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **SEROLOGIA GRUP KRWI** |  |  |  |  |
| 108 | Grupa krwi ( AB 0, RH, PTA) (ICD9: E65) | 600 |  |  |  |
| 109 | PTA -pośredni test antyglobulinowy, p/c odpornościowe (ICD9: E05) | 200 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **HISTOPATOLOGIA** |  |  |  |  |
| 110 | Badania histopatologiczne (1blok) (ICD9: Y90) | 600 |  |  |  |
| 111 | Materiał biopsyjny- ocena preparatu (ICD9: 85.1) | 5 |  |  |  |
| 112 | Cytologia ginekologiczna (ICD9:91.44) | 4500 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **BAKTERIOLOGIA** |  |  |  |  |
| 113 | Mykogram mikrobiologiczny (ICD9: 91,831) | 200 |  |  |  |
| 114 | Posiew na obecność grzybów ( kał, mocz, wymazy) + ew. identyfikacja (ICD9: 91.31) | 700 |  |  |  |
| 115 | Kał- posiew w kierunku SS (ICD9: 90.99) | 70 |  |  |  |
|  -antybiogram (ICD9: 91.83) | 15 |  |  |  |
| 116 | Posiew moczu – jałowy (ICD9: 91.33) | 4500 |  |  |  |
|  Antybiogram (ICD9: 91.83) | 1500 |  |  |  |
| 117 | Posiew kału na florę ogólną- bez patogenu (ICD9: 90.92) dzieci do lat 3 | 150 |  |  |  |
| -antybiogram (ICD9: 91.83) | 40 |  |  |  |
| 118 | Posiew kału na florę ogólną- bez patogenu (ICD9: 90.92) dzieci powyżej lat 3 | 100 |  |  |  |
| -antybiogram (ICD9: 91.83) | 40 |  |  |  |
| 119 | Posiew plwociny- bez patogenu(ICD9: 90.42) | 40 |  |  |  |
|  Antybiogram (ICD9: 91.83) | 10 |  |  |  |
| 120 | Wymaz bakteriologiczny- posiew tlenowy. (nos, gardło, jama ustna, oko, ucho, rany, zmiana na skórze, pochwa itp.) (ICD9: 91.831) | 2350 |  |  |  |
|  Antybiogram tlenowy  | 700 |  |  |  |
| 121 | Wymaz w kierunku nosicielstwa MRSA (ICD9: 90.99) | 80 |  |  |  |
| 122 | Wymaz GBS - pochwa (ICD9: 91.831) | 20 |  |  |  |
| 123 | Wymaz GBS- odbyt (ICD9: 91.831) | 20 |  |  |  |
| 124 | Wymaz BGS – pochwa + odbyt (ICD9: 91.831) | 100 |  |  |  |
| 125 | Sporal | 500 |  |  |  |
| 126 | Biocenoza pochwy (ICD9: 91.43) | 1700 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM brutto |

 ………..dnia……………….. ………………………………………….

 (podpis i pieczątka Oferenta)

Pieczątka firmowa Oferenta Załącznik Nr 1A do SWKO
 nr 2/19

**Dodatkowe wymagania dotyczące wykonywania badań laboratoryjnych:**

1. Pojemniki z formalina muszą być szczelnie zamykane i opatrzone etykietką określającą zawartość, datę ważności, oznakowanie piktogramem zgodnie z kartą charakterystyki.
2. Przyjmujący zamówienie dostarczy kartę charakterystyki do formaliny.
3. Sprzęt do pobierania krwi musi posiadać zabezpieczenie przeciwzakłuciowe.
4. Przyjmujący zamówienie odbiera od zamawiającego krew pełną.
5. Wykonawca stosuje do materiału odbieranego od zlecającego oddzielne pojemniki transportowe podpisane i zawierające materiał wyłącznie z Punktów pobrań MCM ,,Bałuty,, w Łodzi
6. Pojemniki (statywy) na odbierany materiał muszą zapewniać transport probówek i pojemników z moczem w pozycji pionowej.
7. Przyjmujący zamówienie dostarczy do każdego punktu opracowanie zawierające procedury pobierania i transportu materiału do analizy oraz czas oczekiwania na wynik
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dostarczenia załączników i druków zgodnie ze specyfiką badania w ilościach odpowiednich do ilości zleconych badań.
9. Każdy z punktów pobrań będzie funkcjonował jako odrębna placówka i musi być zaopatrzony w osobny czytnik i kod kontrahenta.
10. Czas wykonania badania podany w specyfikacji jest realnym czasem wykonania (obejmującym transport materiału do laboratorium, wykonanie badania i transport wyniku) i wykonawca zobowiązuje się do dostarczania wyników badań tym w terminie.
11. Oferent zobowiązuje się do autoryzacji każdego wyniku przez diagnostę laboratoryjnego.
12. Oferent zobowiązuje się do dostarczenia wraz z fakturą comiesięcznego zestawienia wykonanych badań w wersji papierowej - w rozbiciu na poszczególne placówki i lekarzy wg dat – w kolejności zlecanych badań, zawierającego imienny wykaz pacjentów, numer PESEL pacjenta, nazwisko lekarza kierującego, rodzaj badania.
13. W cenę badania - Hbs antygen należy wkalkulować test potwierdzenia.
14. W przypadku wykrycia grzybów podczas wykonywania posiewu bakteryjnego

 należy tylko zaznaczyć ich obecność , bez ich identyfikowania i wykonywania

 mykogramu.

1. Mykogram należy wykonywać tylko do zleconego badania mykologicznego.
2. Badanie – posiew kału w kierunku SS - musi być wykonane w pracowni zleceniobiorcy, a zleceniodawca nie będzie wykorzystywał wyniku do wpisu do książeczki zdrowia.

Oświadczam, że będę spełniał powyższe dodatkowe wymagania dotyczące wykonywania badań laboratoryjnych

 ………..dnia……………….. ………………………………………….

 (podpis i pieczątka Oferenta)

 Załącznik nr 2 do SWKO

 Nr 2/19

Pieczątka firmowa Oferenta

**Formularz Ofertowy**

Pełna nazwa Wykonawcy

………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy:

ul……………………………………………………. Nr………………………

Kod pocztowy……………………Miejscowość ………………………………

Tel.: ……………………………………Fax.: ………………………………………

REGON: …………………………………

NIP: ……………………………………..

Adres e-mail...................................

W związku z ogłoszonym konkursem ofert na **wykonywanie badań laboratoryjnych dla Miejskiego Centrum Medycznego „Bałuty” w Łodzi**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym w SWKO przez okres trzech lat za kwotę:

Wartość przedmiotu zamówienia wynosi .........................................................zł brutto

słownie...............................................................................................................zł brutto

Adres laboratorium, które wykona badania................................................................

………………………………………………………………………………………

Nr rejestru KIDL laboratorium, które wykona badania.............................................

……………………………………………………………………………………….

Odległość laboratorium od siedziby Zamawiającego

liczona w km (do jednego miejsca po przecinku) …………………………………….

1.Oświadczamy, że zapewniamy stałość cen przez okres trwania umowy.

2.Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3.Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert.

4.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Ogłoszeniem oraz Szczegółowymi warunkami konkursu ofert .

5.Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Szczegółowych warunkach konkursu ofert w postępowaniu nr 2/2019.

6.Akceptujemy bez zastrzeżeń wzór umowy stanowiący **załącznik nr 7 do SWKO.**

7.Zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

10.Akceptujemy termin płatności 30 dni od daty dostarczenia faktury.

11.Zamówienie zrealizujemy (odpowiednio wypełnić) :

 a) sami

 b) w konsorcjum z :....................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………….

 c) następujące badania zamierzamy powierzyć n/wymienionym
 podwykonawcom (nazwa i adres firmy) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres firmy | Nr KIDL laboratorium | badania | Odległość laboratorium od siedziby Udzielającego zamówienia |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |

Do kontaktów z naszą firmą upoważniam Panią /Pana :

…………………………………………………………………………………………

e-mail…………………………………………..

tel:………………………..fax:…………...........

………..dnia……………….. ………………………………………….

 (podpis i pieczątka Oferenta)

Załącznik nr 3 do SWKO

 Nr 2/19

Pieczątka firmowa Oferenta

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Ja niżej podpisany(a)

………………………………………………………………………………………

oświadczam, że podmiot

……………………………………………….……………………………………..., który reprezentuję

- dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz jest w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

- posiada aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności medycznej w wysokości nie niższej niż wynikająca z obowiązujących przepisów w zakresie ubezpieczenia przy realizacji świadczeń zdrowotnych oraz zobowiązujemy się kontynuować to ubezpieczenie w całym okresie obowiązywania umowy zawartej z Udzielającym zamówienia na realizację świadczeń zdrowotnych.

………..dnia……………….. ………………………………………….

 (podpis i pieczątka Oferenta)

Pieczątka firmowa Oferenta

Załącznik Nr 4 do SWKO

 Nr 2/19

**Kwalifikacje zawodowe osób wykonujących**

**laboratoryjne badania diagnostyczne**

**(dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje Specjalistów ( II stopień )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stanowiska osóbudzielających świadczeń | Kwalifikacje zawodowe poszczególnych osób | Miejsce pracy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 ………..dnia……………….. ………………………………………….

 (podpis i pieczątka Oferenta)

Pieczątka firmowa Oferenta

Załącznik Nr 5 do SWKO

Nr 2/19

**Wykaz usług /typu outsourcing/**

**badań laboratoryjnych dla podmiotów leczniczych z ostatnich 3 lat (minimum 2 umowy)**

**(dołączyć dokumenty potwierdzające należyte wykonanie usług (np. referencje) potwierdzające, że wymienione usługi zostały wykonane należycie)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot leczniczy****(podać nazwę i adres Podmiotu)** | **Rodzaj wykonywanych świadczeń** | **Wartość umowy na okres jednego roku** | **Okres trwania umowy /od – do/ wykonywanych świadczeń** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 ………..dnia……………….. ……………………………………………
 (podpis i pieczątka Oferenta)

Pieczątka firmowa Oferenta

Załącznik Nr 6 do SWKO

Nr 2/19

OŚWIADCZENIE

Oferent zobowiązuje się poddać kontroli NFZ w zakresie spełniania wymogów dotyczących przedmiotu umowy.

 ………..dnia……………….. ……………………………………………
 (podpis i pieczątka Oferenta)