**Załącznik Nr 1**

......................................................... ..........................,dnia ..................

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) (Miejscowość)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

***Nawiązując do ogłoszonego konkursu ofert w postępowaniu***

***nr ZZ-RUM-078-135/2021 na wykonywanie niżej określonych badań:***

**Badania laboratoryjne wykonywane w dni robocze w godzinach 7:30 – 16:00 dla pacjentów Przychodni MSWiA w Jeleniej Górze;**

niżej podpisani, reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………..

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

Adres…………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………. REGON…………………………………….

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

e-mail:………………………………

składamy niniejszą ofertę**:**

**wartość netto**........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

**cena brutto**…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych);

1. **Odległość laboratorium od jednostki organizacyjnej Zamawiającego – Przychodni MSWiA w Jeleniej Górze. (Ul. Nowowiejska 43 58-500 Jelenia Góra ) ……….. *km* (w kilometrach z dokładnością do jednego miejsca po przecinku);**

**Termin płatności (minimum 30 dni maximum 60 dni od otrzymania faktury) – do wyboru z poniższych (proszę zaznaczyć właściwy znakiem X w nawiasie):**

**30 (….); 35(….); 40(….); 45(….); 50(….); 55(….); 60(….).**

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w Szczegółowych warunkach konkursu ofert czas związania ofertą -  **30 dni**
3. akceptujemy wzór umowy wskazany w Szczegółowych warunkach konkursu ofert,
4. zapewniamy stałość cen przez okres trwania umowy.
5. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
6. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.

**Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK).**

 ………dnia…………… …………............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocni

**Badania laboratoryjne wykonywane w dni robocze w godzinach 7:30 – 16:00 dla Przychodni MSWiA w Jeleniej Górze**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki wymagane od Wykonawcy** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań****TAK / NIE \*** |
| 1. | Odbiór materiału do standardowych badań w godz. 9:30 – do 10:30. |  |
| 2. | **Badania Profilaktyczne**, wykonywane są w **ciągu 1- go** dnia i Wykonawca zabezpiecza dostęp elektroniczny do wyników, w celu ściągnięcia wyników w jak najszybszym terminie. Każda forma komunikacji musi spełniać wymogi RODO. |  |
| 3. | **Badania Bakteriologiczne** – Wykonawca zabezpiecza dostęp elektroniczny do laboratorium bakteriologicznego ,w celu ustalenia, czy preparat jest jałowy, czy należy oczekiwać na antybiogram. Każda forma komunikacji musi spełniać wymogi RODO. |  |
| 4. | Wszystkie wymienione badania zawarte muszą być wykonywane u Wykonawcy spełniającego jakość wykonywanych badań, począwszy od odbioru materiału ,od Zleceniodawcy, transport, poprzez wykonanie badania do wydania wyniku . |  |
| 5. | Wykonawca posiada swoje laboratorium, w miejscowości jednostki zlecającej. Laboratorium Wykonawcy posiada **certyfikat** **ISO 9001:2008 z datą ważności, potwierdzając stosownym dokumentem** dotyczący wykonywania badań laboratoryjnych i transportu materiału do badań - w celu zabezpieczenia jakości wykonywanych badań, poprzez eliminację błędów przedanalitycznych, transportowych i czasowych. (Wykonawca załączy kopię certyfikatu do oferty) |  |
| 6. | Wykonawca posiada własną sieć kurierską i spełnia wszystkie standardy, obowiązujące przy przewozie materiału biologicznego, zwłaszcza poza teren siedziby Wykonawcy na dłuższe odległości – **co potwierdza** **stosownym ważnym dokumentem tj. procedura transportu materiału do badań, zgodna z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia** |  |
| 7. | Wykonawca gwarantuje, wielokrotny w ciągu dnia, odbiór materiału z jednostki zlecającej w przypadku wystąpienia nagłych badań citowych w godz. 7:30 do 16:00 na własny koszt. |  |
| 8. | Wykonawca gwarantuje, natychmiastowe poinformowanie jednostki zlecającej o wynikach krytycznych lub wymagających powtórzeń. Każda forma komunikacji musi spełniać wymogi RODO. |  |
| 9. | Czas wykonywania badań przez Wykonawcę w większości przypadków nie powinien przekraczać **1 – go dnia roboczego a , wyniki z oznaczeniem PILNE , CITO tego samego dnia co odbiór materiału, do 2 lub 3 -ch godz. w formie elektronicznej**  |  |
| 10. | Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć do jednostki zlecającej wszystkie materiały tj. probówki do transportu mat. biologicznego, kody kreskowe do oznakowania, wszystkie wymagane druki, pojemniki lub woreczki na własny koszt |  |
| 11. | Badania będące przedmiotem konkursu wykonywane są tylko przez jednostkę wykonującą i jej jednostki podległe organizacyjnie **- nie dopuszcza się wykonywania** **badań u podwykonawców.** |  |
| 12. | Badania toksykologiczne (etanol, metanol, glikol) muszą być Badania muszą być **wykonane w ciągu 2-ch godzin od** **dostarczenia materiału do laboratorium** |  |
| 12. | Wykonawca posiada w miejscowości jednostki zlecającej laboratorium **czynne 10 godzin na dobę przez 5-dni w tygodniu** i wykonuje na rzecz jednostki zlecającej badania zlecone nagle i citowo . |  |

\* Wpisać TAK lub NIE – brak akceptacji któregokolwiek z warunków skutkować będzie odrzuceniem oferty

 dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Badania laboratoryjne wykonywane w dni robocze w godzinach 7:30 – 16:00 dla Przychodni MSWiA w Jeleniej Górze**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **kod ICD-9** | **Nazwa badania** | **Ilość**  | **Cena netto jednostkowego badania** | **Wartość ogólna ilość x cena** |
| 1 |   | Koronovirus  SARS- Cov-2 -przeciwciała neutralizujące anty-S ilościowo | **100** |   |   |
| 2 |  | Kalprotektyna   w  kale  met  ELISA | **15** |  |  |
| 3 |  | INSULINA   po  obciążeniu / 75 gr. glukozy  0, 1, 2, /  w surowicy | **50** |  |  |
| 4 |  | Alfa - 1, antytrybsyna  w  kale | **10** |  |  |
| 5 |  | Esteraza  trzustkowa w kale  | **20** |  |  |
| 6 |  | Erytropoetyna w  surowicy | **35** |  |  |
| 7 |  | C-Peptyd w surowicy | **50** |  |  |
| 8 |  | Kalcytonina w surowicy | **45** |  |  |
| 9 |  | Gastryna w surowicy | **10** |  |  |
| 10 |  | Leptyna w surowicy | **10** |  |  |
| 11 |  | Alfa-2-makroglobulina w surowicy | **15** |  |  |
| 12 |  | Beta -2 mikroglobulina w surowicy | **15** |  |  |
| 13 |  | Cyfra   21-1 w surowicy | **5** |  |  |
| 14 |  | Ca  72-4 w surowicy | **5** |  |  |
| 15 |  | Haptoglobina w surowicy | **5** |  |  |
| 16 |  | Albuminy   w  DZM | **10** |  |  |
| 17 |  | Karbamazepina - ilościowo w surowicy | **5** |  |  |
| 18 |  | Panel  wątrobowy  PEŁNY /ANA2,AMA,ASMA,anty-LKM.anty-LSP,anty-SLA /met. ILF DD | **15** |  |  |
| 19 |  | Panel  wątrobowy  SPECJALISTYCZNY  / anty-LKM-1,anty -SLA/LP. AMA, M2/met. immunoblotino | **15** |  |  |
| 20 |  | Test IGRA w surowicy | **20** |  |  |
| 21 |  | Cynkoporfiryna   w  erytrocytach | **40** |  |  |
| 22 |  | Ołów w surowicy | **40** |  |  |
| 23 |  | Fenol w moczu | **30** |  |  |
| 24 |  | Interleukina  L-6 w surowicy | **60** |  |  |
| 25 |  | Kał - nosicielstwo  SALMONELLA  - SZIGELLA  S-S   / 3 oznaczenia / | **5** |  |  |
| 26 |  | Kał  - ROTA   i  ADENOVIRUS  | **40** |  |  |
| 27 |  | Thioguanina  we krwi  | **5** |  |  |
| 28 |  | IgA  - całkowite | **50** |  |  |
| 29 |  | anty - TG2  w kl. IgA  w  surowicy | **10** |  |  |
| 30 |  | anty - TG 2  w kl. IgG w  surowicy | **10** |  |  |
| 31 |  | anty - EMA  w kl.  IgA w  surowicy | **10** |  |  |
| 32 |  | anty - EMA  w kl.  IgG w  surowicy | **10** |  |  |
| 33 |  | wskaźnik  insulinooporności  HOMA IR | **50** |  |  |
| 34 |  | AMH - hormon antymulerowski w surowicy | **20** |  |  |
| 35 |  | Cyklosporyna  A we krwi | **20** |  |  |
| 36 |  | Kwas walproinowy w  surowicy | **5** |  |  |
|  |  | SUMA |  |   |   |

Wartość ogółem słownie…………………………………………………………………………………………….

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

 dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy