**Załącznik nr 1**

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Zadanie 1 Badania analityczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
|  | **Badania biochemiczne** |  |  |
| 1 | Cystatyna C |  |  |
| 2 | Proteinogram |  |  |
| 3 | Cholinesteraza |  |  |
|  | **Badania kału** |  |  |
| 4 | Kał – resztki pokarmowe |  |  |
| 5 | Helicobacter pylori, antygen |  |  |
|  | **Badania odczynów zapalnych i chorób reumatologicznych** |  |  |
| 6 | hs CRP |  |  |
|  | **Diagnostyka choroby wieńcowej i chorób serca** |  |  |
| 7 | Homocysteina |  |  |
|  | **Diagnostyka cukrzycy** |  |  |
| 8 | Insulina |  |  |
| 9 | Krzywa insulinowa 0, 1, 2 po 75g glukozy |  |  |
| 10 | C-Peptyd |  |  |
|  | **Diagnostyka chorób tarczycy** |  |  |
| 11 | T3 |  |  |
| 12 | T4 |  |  |
| 13 | P/c p. receptorom TSH |  |  |
|  | **Hormony płciowe** |  |  |
| 14 | FSH (hormon folikulotropowy) |  |  |
| 15 | LH (hormon luteinizujący) |  |  |
| 16 | Estradiol |  |  |
| 17 | Progesteron |  |  |
| 18 | Estriol wolny |  |  |
| 19 | HCG wolna podjedostka beta |  |  |
| 20 | PAPP - A |  |  |
| 21 | DHEA-S |  |  |
| 22 | Androstendion |  |  |
| 23 | Testosteron |  |  |
| 24 | Testosteron wolny |  |  |
| 25 | 17 – OH - Progesteron |  |  |
|  | **Diagnostyka anemii** |  |  |
| 26 | Erytropoetyna |  |  |
|  | **Diagnostyka zaburzeń kostnych** |  |  |
| 27 | Parathormon |  |  |
| 28 | Witamina D3 Metabolit 25 (OH) |  |  |
|  | **Inne hormony i metabolity** |  |  |
| 29 | Aldosteron |  |  |
| 30 | Hormon wzrostu |  |  |
| 31 | Haptoglobina |  |  |
| 32 | Metanefryna w DZM |  |  |
| 33 | Kwas wanilinomigdałowy w DZM |  |  |
| 34 | ACTH hormon adrenokortykotropowy |  |  |
| 35 | Aktywność reninowa osocza(ARO) |  |  |
|  | **Diagnostyka chorób nowotworowych** |  |  |
| 36 | AFP (alfa – fetoproteina) |  |  |
| 37 | TPS (specyficzny polipeptyd tkankowy) |  |  |
| 38 | CA – 72.4 |  |  |
| 39 | Cyfra 21-1 |  |  |
| 40 | Chromogranina A |  |  |
|  | **Układ krzepnięcia** |  |  |
| 41 | Czynnik von Willebranda - aktywność |  |  |
| 42 | Czynnik von Willebranda - stężenie |  |  |
| 43 | Termolabilny wariant MTHFR |  |  |
| 44 | Czynnik V Leidena metodą PCR |  |  |
|  | **Immunoglobuliny, składniki dopełniacza i inne enzymy** |  |  |
| 45 | IgG1, podklasa |  |  |
| 46 | IgG2, podklasa |  |  |
| 47 | IgG3, podklasa |  |  |
| 48 | Ceruloplazmina |  |  |
| 49 | C1 inhibitor, aktywność |  |  |
| 50 | C3 – składnik dopełniacza |  |  |
| 51 | C4 – składnik dopełniacza |  |  |
| 52 | Ocena obecności Ag HLA-B27 |  |  |
|  | **Infekcje** |  |  |
| 53 | Mononukleoza zakaźna |  |  |
| 54 | p/c p. EBVw klasie IgG |  |  |
| 55 | p/c p. EBVw klasie IgM |  |  |
| 56 | Coxsackie typ A i B, IgG |  |  |
| 57 | Coxsackie typ A i B, IgM |  |  |
| 58 | HBc przeciwciała, całkowite |  |  |
| 59 | HBc przeciwciała, IgM |  |  |
| 60 | HBe antygen |  |  |
| 61 | HBe przeciwciała |  |  |
| 62 | p/c p. Toxoplazmoza Awidność IgG |  |  |
| 63 | p/c p. różyczce Rubella w klasie IgG |  |  |
| 64 | p/c p. różyczce Rubella w klasie IgM |  |  |
| 65 | p/c p. krztuścowi (Bordetella pertussis) w klasie IgA |  |  |
| 66 | p/c p. krztuścowi (Bordetella pertussis) w klasie IgG |  |  |
| 67 | p/c p. krztuścowi (Bordetella pertussis) w klasie IgM |  |  |
| 68 | Test potwierdzenia HBS |  |  |
| 69 | Test potwierdzenia HIV |  |  |
| 70 | Helicobacter Pyroli: IgA |  |  |
| 71 | Helicobacter Pyroli: IgG |  |  |
| 72 | p/c p. Borreli Burgdoferi w formie ilościowej i jakościowej w klasie IgG |  |  |
| 73 | p/c p. Borreli Burgdoferi w formie ilościowej i jakościowej w klasie IgM |  |  |
| 74 | p/c p. Mycoplasma pneumoniae w surowicy w klasie IgG |  |  |
| 75 | p/c p. Mycoplasma pneumoniae w surowicy w klasie IgM |  |  |
| 76 | p/c p. Borelioza western - blot w klasie IgG |  |  |
| 77 | p/c p. Borelioza western - blot w klasie IgM |  |  |
| 78 | Tasiemiec |  |  |
| 79 | Toxocaroza |  |  |
| 80 | HCV – PCR, jakościowo |  |  |
| 81 | HCV – PCR, ilościowo |  |  |
| 82 | TBE (wirus kleszczowego zapalenia mózgu), IgG |  |  |
| 83 | TBE (wirus kleszczowego zapalenia mózgu), IgM |  |  |
| 84 | Cytomegalia Awidność: IgG |  |  |
| 85 | Pneumocytoza w wymazach z krtani |  |  |
| 86 | Panel infekcji urogenitalnych, met. PCR |  |  |
|  | **Toksykologia (leki, metale)** |  |  |
| 87 | Karbamazepina – leki |  |  |
| 88 | Kwas walproinowy - leki |  |  |
| 89 | Digoksyna - leki |  |  |
| 90 | Lit, ilościowo |  |  |
| 91 | Cynk, ilościowo |  |  |
| 92 | Kwas deltaminolewulinowy w moczu, ilościowo |  |  |
| 93 | Ołów, ilościowo |  |  |
| 94 | Porfobilinogen w DZM, ilościowo |  |  |
| 95 | Selen, ilościowo |  |  |
|  | **Autoimmunologia** |  |  |
| 96 | IgG – p/c. p. endomysium |  |  |
| 97 | IgA – p/c p. endomysium |  |  |
| 98 | IgG – p/c p. reticulinowe |  |  |
| 99 | IgA – przeciw reticulinowe |  |  |
| 100 | P/ciała pemphigus |  |  |
| 101 | P/ciała pepmphigoid |  |  |
| 102 | P/ciała p. jądrowe ANA - 1 |  |  |
| 103 | p/c p. jądrowe ANA - 2 |  |  |
| 104 | p/c p. komórkom okładzinowym żołądka (APCA) |  |  |
| 105 | p/c p.czynnikowi wewnętrznemu Castle’a |  |  |
| 106 | p/c p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA |  |  |
| 107 | p/c p. receptorom acetylocholiny met. RIA |  |  |
| 108 | p/c p. mięśniom gładkim /ASMA/ |  |  |
| 109 | p/c p. plemnikom |  |  |
| 110 | p/c anty cytrulinowe |  |  |
| 110 | Antykoagulant toczniowy |  |  |
| 112 | p/c p. Beta 2 Glikoproteinie w klasie IgG |  |  |
| 113 | p/c p. Beta 2 Glikoproteinie w klasie IgM |  |  |
| 114 | p/c p. kardiolipinie w klasie IgG |  |  |
| 115 | p/c p. kardiolipinie w klasie IgM |  |  |
|  | **Alergologia** |  |  |
| 116 | Badania alergologiczne – wszystkie bez względu na rodzaj alergenu IgE – specyficzne każde |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 2. Badania biochemiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Chlorki w pocie |  |  |
|  | **Razem:** |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 3. Badania serologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
|  | **Badania serologiczne w kierunku kiły** |  |  |
| **1** | Odczyn VDRL (RPR – miano) |  |  |
| **2** | Odczyn FTA |  |  |
| **3** | Odczyn FTA - ABS |  |  |
| **4** | Odczyn FTA – ABS IgM |  |  |
| **5** | Treponema pallidum – p/c IgM, IgG |  |  |
| **6** | Odczyn TPHA |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 4. Biopsje**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmian narządów powierzchniowych np. tarczyca, sutek, węzły chłonne (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **2** | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmian narządów położonych głęboko np. trzustka, wątroba, płuco, nerka, prostata (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **3** | Biopsja aspiracyjna grubo igłowa np. tarczyca, sutek, węzły chłonne (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **4** | Biopsja aspiracyjna grubo igłowa np. trzustka, wątroba, płuco, nerka, prostata (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 5. Konsultacje chirurgii naczyń**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja chirurgii naczyń |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 6. Konsultacje chirurgii szczękowo - twarzowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja chirurgii szczękowo - twarzowej |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 7. Konsultacje gastroenterologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja gastroenterologiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 8. Konsultacje hematologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja hematologiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 9. Konsultacje kardiochirurgiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja kardiochirurgiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 10. Konsultacje neurochirurgiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja neurochirurgiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 11. Konsultacje torakochirurgiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 konsultację***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Konsultacja torakochirurgiczna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 12. TK Angiografia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena***  ***za 1 badanie w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | TK angiografia |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 13. Scyntygrafia perfuzyjna płuc**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury***  ***ICD 9*** |
| **1** | Scyntygrafia perfuzyjna płuc |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 14. Badania toksykologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Zarodniki grzybów w kale |  |  |
| **2** | Zarodniki grzybów w kale po hegarze |  |  |
| **3** | Zarodniki grzybów w wymiocinach |  |  |
| **4** | Zarodniki grzybów w popłuczynach żołądkowych |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 15. Badania toksykologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury ICD 9*** |
| **1** | Amanityna |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 16. Badania toksykologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Cena za 1 badanie***  ***w PLN*** | ***Kod procedury***  ***ICD 9*** |
| **1** | Glikol etylowy w moczu |  |  |
| **2** | Glikol etylowy w surowicy |  |  |
| **3** | Alkohol metylowy w krwi |  |  |
| **4** | Alkohol metylowy w moczu |  |  |
| **Razem** | |  |  |

……………………….. …………...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 17. Badanie pozytonowej tomografii emisyjnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres świadczeń*** | ***Cena za 1 badanie w PLN*** | ***Kod procedury***  ***ICD 9*** |
| **1** | **Badanie pozytonowej tomografii emisyjnej** |  |  |
| **Razem:** | |  |  |

……………………….. ...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**Zadanie 18. Wysokospecjalistyczny transport noworodka lub wcześniaka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres świadczeń*** | ***Cena za godzinę pracy zespołu karetki*** | ***Cena za km (za przebyta trasę tam i z powrotem)*** |
| **1** | **Wysokospecjalistyczny transport o charakterze reanimacyjnym noworodka lub wcześniaka** |  |  |

……………………….. ...………………………….…

Data Podpis i pieczątka Oferenta

**UWAGA:**

1. **Do oceny ofert Udzielający zamówienia przyjmie wartość ogólną całego zadania.**
2. **Udzielający zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych na wybrane przez Oferenta zadanie.**
3. **Udzielający zamówienia nie dopuszcza składania ofert częściowych na poszczególne pozycje w danym zadaniu.**