……………………………………  
 *pieczęć Oferenta*

**FORMULARZ OFERTOWY**

na konkurs o sygnaturze KB/1/2015 pn.:

**„WYKONANIE BADAŃ LABORATORYJNYCH DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ „ŚRÓDMIEŚCIE” W OPOLU”**

Zarejestrowana nazwa Oferenta: ………………………………………………………………………………………

Zarejestrowany adresOferenta: ………………………………………………………………………………………

Numer telefonu: ………………………… Numer faksu: …………………………

NIP: ………………………… REGON: …………………………

Numer konta bankowego: …………………………………………………………………………………………..

1. Oferujemy wykonanie zamawianych usług w następujących cenach:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Metoda** | **Cena jednostkowa [zł]** | **Szacowana ilość badań na 24 miesiące** | **Wartość badań netto [zł]** | **Wartość badań brutto [zł]** | **Oczekiwany przez Zamawiającego max termin wyk. badania** | **Maksymalny termin wykonania badania  [dni robocze]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| ***KOAGULOLOGIA*** | | | | | | | | |
| 1. | Przeciwciała antykardiolipinowe IgM | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 2. | Przeciwciała antykardiolipinowe IgG | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5dni | ……… |
| ***BIOCHEMIA*** | | | | | | | | |
| 3. | Gastryna | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 10 dni | ……… |
| 4. | Żelazo | ……… | ……… | 100 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| 5. | Bilirubina całkowita | ……… | ……… | 20 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| 6. | Kreatynina | Enzymatyczna z kreatyninazą i kreatynazą | ……… | 10 | ……… | ……… | 1 dzień | ………. |
| 7. | Transferyna | ……… | ………. | 20 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| 8. | Haptoglobina | ……… | ……… | 4 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| 9. | Całkowita zdolność wiązania żelaza TIBC | ……… | ……… | 100 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| ***BADANIA KAŁU*** | | | | | | | | |
| 10. | Posiew kału w kierunku grzybów | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 10 dni | ……… |
| 11. | Posiew kału w kierunku Salmonelli | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 10 dni | ……… |
| ***BADANIA INFEKCYJNE*** | | | | | | | | |
| 12. | Przeciwciała Yersinia IgA | ……… | ……… | 50 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 13. | Przeciwciała Yersinia IgG | ……… | ……… | 50 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 14. | Przeciwciała Yersinia IgM | ……… | ……… | 50 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 15. | Przeciwciała Endomysium EmA IgG | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 16. | IgM | ……… | ……… | 40 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| ***BAKTERIOLOGIA*** | | | | | | | | |
| 17. | Test potwierdzający HBs Ag | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 18. | Test potwierdzający HIV | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 19. | Wymaz z szyjki macicy w kierunku antygenu Chlamydia trachomatis | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 3 dni | ……… |
| 20. | Oznaczenie toksyny A/B C.difficile | ……… | ……… | 20 | ……… | ……… | 2 dni | ……… |
| ***AUTOIMMUNOLOGIA*** | | | | | | | | |
| 21. | Ferrytyna | ……… | ……… | 30 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| 22. | IgG | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| 23. | IgE | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |
| 24. | Przeciwciała przeciw mieloperoksydazie | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 14 dni | ……… |
| 25. | Przeciwciała przeciwjądrowe ds. DNA IgG | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 26. | Przeciwciała antyhistonowe | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 27. | Przeciwciała przeciwjądrowe anty Sm/RNP | ……… | ……… | 10 | ……… | ……… | 5 dni | ……… |
| 28. | Białko całkowite w surowicy | ……… | ……… | 40 | ……… | ……… | 1 dzień | ……… |

1. Potwierdzamy termin realizacji umowy: **24 miesiące od daty 20.09.2015r.**
2. Warunki płatności: zgodnie z § 4 projektu umowy

…………………………………… ………………………………………………………

*miejsce i data podpis i pieczęć osób / osoby uprawnionych / upoważnionych*

*do reprezentowania Oferenta*

***Uwaga: Oferent wypełnia tylko rubryki, dotyczące badań, na które składa oferty.***