*Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków*

**OFERTA**

Nazwa oferenta

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

Siedziba Oferenta

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

Nr tel. ..................................................... fax. ..........................................................................

adres email: …………………………………..

składa ofertę dla: Gminnego Centrum Medycznego TRZEBNICA – ZDRÓJ sp. z o.o., ul. Kościuszki 10,

55-100 Trzebnica w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (tj. z dnia 7 kwietnia 2023 r., Dz. U. z 2023 r. poz. 991)na realizację zadania pod nazwą:

„**Świadczenie usług w zakresie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych**”

Łączna cena oferty wynosi:

**netto** **......................................zł**

**% VAT** **......................................zł**

**brutto** **......................................zł**

słownie: .................................................................................................................................

Termin realizacji zamówienia: **36 miesięcy od daty podpisania umowy**

Oferta złożona została na ................ stronach, kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr ...............

Oświadczamy, że:

* Spełniamy warunki określone w ogłoszeniu.
* Nie podlegamy wykluczeniu z postępowania.

* Zapoznaliśmy się i akceptujemy warunki konkursu i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
* Oświadczamy, że udzielanie świadczeń w zakresie objętym konkursem wykonywać będzie

............. ………….. osób (podać liczbę) o następujących kwalifikacjach:

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

- Kierownikiem laboratorium jest: .......... …………………………………………

* Akceptujemy wzór umowy i w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
* Osobą/osobami upoważnionymi do podpisania umowy jest/są/\*: 1……………………………………………….
* stanowisko : …………………………….
* tel./fax …………………………………..

2……………………………………………….

* stanowisko : …………………………….
* tel./fax …………………………………..
* Osobą/osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest/są/\*:

1……………………………………………….

* stanowisko : …………………………….
* tel./fax …………………………………..

2……………………………………………….

* stanowisko : …………………………….
* tel./fax …………………………………..

**Na łączną cenę oferty składają się:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa badania** | **PRZEWIDYWANA ILOŚĆ BADAŃ na okres 36 miesięcy** | Cena za 1 badanie  (zł) | **Wartość za przewidywaną ilość badań na okres 36 miesięcy**  **Kol. B x kol. C(zł)** | Uwagi |
|  | **A** | **B** | C | **D** | E |
| 1 | P/ciala anty-CCP | **140** |  |  |  |
| 2 | AFP | **15** |  |  |  |
| 3 | anty-TG | **15** |  |  |  |
| 4 | Borelioza IgG | **5** |  |  |  |
| 5 | Borelioza IgM | **5** |  |  |  |
| 6 | Chlamydia pneumoniae IgA | **5** |  |  |  |
| 7 | Chlamydia pneumoniae IgG | **5** |  |  |  |
| 8 | Estradiol | **15** |  |  |  |
| 9 | FSH | **40** |  |  |  |
| 10 | Homocysteina | **10** |  |  |  |
| 11 | Kortyzol | **5** |  |  |  |
| 12 | Kwas Foliowy | **320** |  |  |  |
| 13 | LH | **40** |  |  |  |
| 14 | Lit | **10** |  |  |  |
| 15 | Parathormon | **10** |  |  |  |
| 16 | Proteinogram - elektroforeza białek surowicy | **10** |  |  |  |
| 17 | Rubella IgG | **130** |  |  |  |
| 18 | Rubella IgM | **130** |  |  |  |
| 19 | P.c. anty receptor dla TSH (TRAb) | **10** |  |  |  |
| 20 | Transferyna | **25** |  |  |  |
| 21 | Witamina B12 | **560** |  |  |  |
| 22 | Morfologia 5DIFF | **22 000** |  |  |  |
| 23 | RETIKULOCYTY | **35** |  |  |  |
| 24 | OB | **3 370** |  |  |  |
| 25 | Rozmaz krwi | **350** |  |  |  |
| 26 | Fibrynogen | **30** |  |  |  |
| 27 | APTT | **720** |  |  |  |
| 28 | PROTROMBINA | **2 050** |  |  |  |
| 29 | SÓD | **5 880** |  |  |  |
| 30 | POTAS | **11 340** |  |  |  |
| 31 | Glukoza | **14 300** |  |  |  |
| 32 | MOCZNIK | **1 000** |  |  |  |
| 33 | Kreatynina | **15 130** |  |  |  |
| 34 | CRP | **6 660** |  |  |  |
| 35 | BILIRUBINA całkowita | **1 160** |  |  |  |
| 36 | BILIRUBINA bezpośrednia | **80** |  |  |  |
| 37 | BILIRUBINA pośrednia | **15** |  |  |  |
| 38 | ASPAT (GOT) | **6 100** |  |  |  |
| 39 | ALAT (GPT) | **14 330** |  |  |  |
| 40 | GGTP | **3 100** |  |  |  |
| 41 | FOSFATAZA ALK. | **1 100** |  |  |  |
| 42 | AMYLAZA | **1 400** |  |  |  |
| 43 | CHOLESTEROL | **13 000** |  |  |  |
| 44 | TRÓJGLICERYDY | **12 000** |  |  |  |
| 45 | CHOLESTEROL HDL | **12 000** |  |  |  |
| 46 | CHOLESTEROL LDL | **11 500** |  |  |  |
| 47 | ALBUMINA | **200** |  |  |  |
| 48 | AMYLAZA W MOCZU | **20** |  |  |  |
| 49 | ASO | **70** |  |  |  |
| 50 | WAPŃ | **670** |  |  |  |
| 51 | Cholinesteraza | **15** |  |  |  |
| 52 | KINAZA KREATYNOWA | **200** |  |  |  |
| 53 | D-Dimery | **70** |  |  |  |
| 54 | FERRYTYNA | **720** |  |  |  |
| 55 | HbA1C | **2 500** |  |  |  |
| 56 | ŻELAZO | **1 100** |  |  |  |
| 57 | LDH | **40** |  |  |  |
| 58 | Lipaza | **10** |  |  |  |
| 59 | MAGNEZ | **480** |  |  |  |
| 60 | Przeciwciała anty Treponema pallidum | **350** |  |  |  |
| 61 | RF | **830** |  |  |  |
| 62 | BIAŁKO CAŁKOWITE | **100** |  |  |  |
| 63 | KWAS MOCZOWY | **3 100** |  |  |  |
| 64 | TIBC | **200** |  |  |  |
| 65 | Krzywa cukrowa | **1 280** |  |  |  |
| 66 | TSH | **8 960** |  |  |  |
| 67 | FT3 | **1 920** |  |  |  |
| 68 | FT4 | **2 800** |  |  |  |
| 69 | anty- TPO | **40** |  |  |  |
| 70 | PSA CAŁKOWITE | **4 200** |  |  |  |
| 71 | HCG-BETA | **30** |  |  |  |
| 72 | CA 125 | **40** |  |  |  |
| 73 | HE4 | **15** |  |  |  |
| 74 | Przeciwciała anty-Hbs | **10** |  |  |  |
| 75 | anty HCV | **630** |  |  |  |
| 76 | CMV IgG | **115** |  |  |  |
| 77 | CMV IgM | **115** |  |  |  |
| 78 | HbsAg bez testu potwierdzenia | **670** |  |  |  |
| 79 | Anty HIV1/HIV2 + p24 | **390** |  |  |  |
| 80 | Insulina | **20** |  |  |  |
| 81 | PROKALCYTONINA | **10** |  |  |  |
| 82 | Prolaktyna | **45** |  |  |  |
| 83 | TROPONINA T (wysokoczuła) | **15** |  |  |  |
| 84 | TOXO IgG | **260** |  |  |  |
| 85 | TOXO IgM | **330** |  |  |  |
| 86 | Witamina D3 (25(OH)D3) | **160** |  |  |  |
| 87 | Algorytm ROMA | **15** |  |  |  |
| 88 | Krzywa insulinowa | **25** |  |  |  |
| 89 | Cytologia ginekologiczna | **1 960** |  |  |  |
| 90 | Helicobacter pylori AG | **170** |  |  |  |
| 91 | Kał na krew utajoną | **1 930** |  |  |  |
| 92 | Owsiki | **120** |  |  |  |
| 93 | Pasożyty | **550** |  |  |  |
| 94 | Streptococcus pyogenes Ag szybki test | **30** |  |  |  |
| 95 | Wirus grypy z wymazu | **5** |  |  |  |
| 96 | Badanie ogólne moczu z mikroskopową oceną osadu | **14 640** |  |  |  |
| 97 | Grupa krwi i Rh | **100** |  |  |  |
| 98 | Przeciwciała odpornościowe u ciężarnych | **100** |  |  |  |
| 99 | Posiew z wymazu z odbytu w kierunku GBS | **160** |  |  |  |
| 100 | Posiew z wymazu z przedsionka pochwy w kierunku GBS | **160** |  |  |  |
| 101 | Posiew z wymazu z przedsionka pochwy i odbytu w kierunku GBS | **70** |  |  |  |
| 102 | Posiew z wymazu z kanału szyjki macicy+ antybiogram | **10** |  |  |  |
| 103 | Posiew moczu+ antybiogram | **1 500** |  |  |  |
| 104 | Posiew plwociny+ antybiogram | **10** |  |  |  |
| 105 | Posiew kału – badanie ogólne | **10** |  |  |  |
| 106 | Posiew z wymazu z gardła+ antybiogram | **170** |  |  |  |
| 107 | Posiew z wymazu z nosa+ antybiogram | **90** |  |  |  |
| 108 | Posiew z wymazu z rany+ antybiogram | **110** |  |  |  |
| 109 | Posiew z wymazu z ucha+ antybiogram | **10** |  |  |  |
| 110 | Badanie w kierunku nosicielstwa gronkowca | **60** |  |  |  |
| 111 | Posiew kału w kierunku Salmonella/Shigella | **110** |  |  |  |
| 112 | badanie ogólne kału | **10** |  |  |  |
| 113 | Białko w moczu | **5** |  |  |  |
| 114 | Chlorki | **5** |  |  |  |
| 115 | CK | **5** |  |  |  |
| 116 | Fosf. Kwaśna całkowita | **5** |  |  |  |
| 117 | Fosfataza zasadowa | **5** |  |  |  |
| 118 | Kał - lamblie | **5** |  |  |  |
| 119 | LDL - met. bezp. oznacz. | **5** |  |  |  |
| 120 | Mikroalbuminuria | **5** |  |  |  |
| 121 | Mycoplazma pneumoniae IgG | **5** |  |  |  |
| 122 | Mycoplazma pneumoniae IgM | **5** |  |  |  |
| 123 | Chlamidia tr.z cewki mocz. | **5** |  |  |  |
| 124 | Progesteron | **10** |  |  |  |
| 125 | Waaler-Rose | **17** |  |  |  |
| 126 | Wapń zjonizowany | **20** |  |  |  |
| 127 | Wymaz z oka+ antybiogram | **10** |  |  |  |
| 128 | CA 19-9 | **10** |  |  |  |
| 129 | CA-15,3 | **10** |  |  |  |
|  | **SUMA:**  **(łączna cena oferty)** |  | |  |  |

**Podane ilości mają charakter szacunkowy i nie są wiążące dla Zamawiającego i nie stanowią zobowiązania dla ich wykonania w trakcie trwania umowy oraz nie mogą być podstawą do żadnych roszczeń ze strony Oferenta wobec Zamawiającego.**

**Oferent zobowiązuje się wykonać także zlecone przez lekarza Zamawiającego badania wykraczające poza listę badań z Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków**

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

*(Miejscowość, data)*

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

(Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta)