pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 1					
L.p	**NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA**	**CENA (PLN)**	**LICZBA NA ROK**	**WARTOŚĆ NA ROK (PLN)**	**TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ**	**TRANSPORT**
1	BADANIE MOLEKULARNE GENU JAG1 - **PODEJRZENIE ZESPOŁU ALAGILLA** (z izolacją)		1		30-60 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 2					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badanie molekularne w kierunku zespołu DRAVET-GEN SCN-1A we krwi I etap- sekwencjonowanie wszystkich eksonów (z izolacją)		1		60 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 3					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	PODKLASY IgA		1		14 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 4					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	HERPES-PCR (KREW)		1		3 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	HERPES-PCR (PMR)		1		3 DNI	
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 5					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badanie krwi metodą tandemowej spektrometrii MAS		90		14 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 6					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Oznaczenie poziomu - Sirolimus - metodą LC-MS/MS we krwi - w trybie CITO (wynik w ciągu max. 2 dni roboczych)		10		2 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	Oznaczenie poziomu - Tacrolimus - metodą LC-MS/M we krwi - w trybie CITO (wynik w ciągu max. 2 dni roboczych)		28		2 DNI	
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 7					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Mielogram - ocena cytologiczna szpiku kostnego (*) (*) Zamawiający wymaga: a) wynik w ciągu 1 dnia roboczego b) doświadczenie Wykonawcy w ocenie cytologicznej szpiku kostnego u dzieci potwierdzone wykonywaniem ok. 400 analiz rocznie (oświadczenie)		181		1 DZIEŃ	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 8					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Grypa A i B - szybkie testy		1		1 DZIEŃ	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	Grypa A IgA		1		8 DNI	
3	Grypa A IgG		1		8 DNI	
4	Grypa B IgA		1		8 DNI	
5	Grypa B IgG		1		8 DNI	
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 9					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	GŁUCHOTA MITOCHONDRIALNA powsz. mut. w genie MTRNR1 (12SrRNA) SEKWENCJONOWANIE (z izolacją)		1		5 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 10					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Test redukcji dihydrorodaminy		4		2 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 11					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Test transformacji blastycznej limfocytów		4		30 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 12					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	BADANIE PCR W CELU OKREŚLENIA TYPU HPV w wycinku		3		5 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 13					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Aktywność dopełniacza w drodze alternatywnej (AP50)		10		16 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 14					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badanie ekspresji cząstek adhezyjnych - CD18/CD11		3		7 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową wynosi:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń:	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy