*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **FORMULARZ OFERTOWY**…………………………………………………Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)............................................................………………………………………………….. Adres podmiotu.............................................................. Rodzaj rejestru, NIP**Szpital Powiatowy w Chrzanowie****Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**:**wykonywania badań diagnostyki gruźlicy na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**Niniejszym składam ofertę cenową na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie jw :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Nazwa badania*** | ***Cena jednostkowa*** | ***Czas oczekiwania na wynik*** |
| 1 | Bakterioskopia - CITO |  |  |
| 2 | Bakterioskopia AFB |  |  |
| 3 | Posiew materiału diagnostycznego w kierunku gruźlicy na podłoża płynne i stałe |  |  |
| 4 | Test BD MAX MDR-TB-system BD MAX-wykrywanie DNA MTBC z jednoczesnym wykrywaniem oporności na rifampicynę i izoniazyd |  |  |
| 5 | Test BD MAX MDR-TB-system BD MAX-wykrywanie DNA MTBC z jednoczesnym wykrywaniem oporności na rifampicynę i izoniazyd- z posiewem na podłoża płynne i stałe |  |  |
| 6 | Test Xpert MTB/RIF - system GeneXpert Cepheid - z określeniem oporności na rifampicynę |  |  |
| 7 | Test Xpert MTB/ RIF - z posiewem na podłoża płynne i stałe |  |  |
| 8 | Test Xpert MTB/ RIF - potwierdzenie obecności DNA prątków gruźlicy w materiałach AFB(+) |  |  |
| 9 | Różnicowanie prątków do kompleksu MTBC lub MOTT |  |  |
| 10 | Identyfikacja gatunku Mycobacterium tuberculosis |  |  |
| 11 | Różnicowanie prątków atypowych MOTT do grup Runyon'a |  |  |
| 12 | Identyfikacja prątków atypowych - metoda PCR |  |  |
| 13 | Lekooporność podstawowa (INH, SM, ETB, RMP, PZA) - system Bactec MGIT 960 TB |  |  |
| 14 | Lekooporność podstawowa (INH, SM, ETB, RMP) - na podłożach stałych |  |  |
| 15 | Lekooporność poszerzona (AN, OFX, ETA, CS, KAPR, RFB, KLOF) - na podłożach stałych |  |  |
| 16 | Test T-SPOT.TB z krwi obwodowej pełnej |  |  |
| 17 | Przechowywanie szczepów prątków do celów epidemiologicznych (30 lat) |  |  |

 |
|  |  |
|  |  |

 Pieczątka i podpis

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Dopuszczam zmianę treści umowy przed jej podpisaniem w razie konieczności wprowadzenia takich zmian w wyniku okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ogłaszania postępowania konkursowego.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ……………………………………………..
2. ……………………………………………..
3. ……………………………………………..
4. ……………………………………………..

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

miejsce i data podpis