

Pieczęć firmowa

**SP ZOZ Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
Aleja Legionów 10
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie: **badań molekularnych i cytogenetycznych** dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NP/ŚZ/1/2020.

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 10.02.2020 r. na: **"Badania molekularne i cytogenetyczne"** dla pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu".

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Średnia ilość badań</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość badań brutto</i>	<i>Okres oczekiwania na wynik (dni robocze)</i>
1	ALK – badanie rearanżacji genu ALK metodą FISH (ICD-10 C34) Badanie FISH/ISH do komórek nowotworowych z zastosowaniem zestawu 2 sond – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002	30			
2	BRAF – badanie mutacji V600 testem qPCR (ICD-10 C43) Analiza jednej lub kilku mutacji wykrywanych w od jednego do 6 amplikonów przy użyciu reakcji PCR – podstawowe badanie genetyczne – pkt.1 poz.1.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005001	10			
3	BRCA1/BRCA2 – rak jajnika badanie całej sekwencji kodującej genów techniką sekwencjonowania następnej generacji NGS (ICD-10 C56, C57, C48) Sekwencjonowanie NGS (powyżej 40 amplikonów) – zaawansowane badania genetyczne – pkt.3 poz. 3.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005003	10			

4	BRCA1/BRCA2 – badanie mutacji założycielskich (ICD-10 C50, C56) Analiza jednej lub kilku mutacji wykrywanych w od jednego do 6 amplikonów przy użyciu reakcji PCR lub sekwencjonowania Sangera – podstawowe badanie genetyczne – pkt.1 poz.1.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005001	5			
5	EGFR – badanie mutacji (badanie obejmuje również mutację T790M) (ICD-10 C34) Analiza jednej lub kilku mutacji wykrywanych w od jednego do 6 amplikonów przy użyciu reakcji PCR lub sekwencjonowania Sangera – podstawowe badanie genetyczne – pkt.1 poz.1.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005001	60			
6	EGFR etDNA – badanie mutacji EGFR w osoczu (badanie obejmuje również mutację T790M) (ICD-10 C34) Analiza jednej lub kilku mutacji wykrywanych w od jednego do 6 amplikonów przy użyciu reakcji PCR lub sekwencjonowania Sangera – podstawowe badanie genetyczne – pkt.1 poz.1.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005001	20			
7	EGFR + ALK (ICD-10 C34) Badanie FISH/ISH do komórek nowotworowych z zastosowaniem zestawu 2 sond – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002	5			
8	HER2 – badanie amplifikacji metodą FISH (ICD-10 C50) Badanie FISH/ISH do komórek nowotworowych z zastosowaniem zestawu 2 sond – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002	10			
9	IDH1/IDH2 badanie mutacji (ICD-10 C71) Analiza jednej lub kilku mutacji wykrywanych w od jednego do 6 amplikonów przy użyciu sekwencjonowania Sangera – podstawowe badanie genetyczne – pkt.1 poz.1.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005001	2			
10	Kodelecja 1p/19q – badanie metodą FISH (ICD-10 C71) Badanie FISH/ISH do komórek nowotworowych z zastosowaniem zestawu co najmniej 4 sond – zaawansowane badanie genetyczne – pkt.3 poz.3.2 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005003	5			
11	MGMT – badanie metylacji promotora genu MGMT (ICD-10 C71) Analiza metylacji – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.6 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002	2			
12	MSI – badanie niestabilności mikrosatelitarnej (ICD-10 C18, C19, C20) Analiza mutacji dynamicznych – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.6 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002	5			
13	PD-L.1. - badanie ekspresji antygenu PD-L.1 Badanie wykonywane techniką IHC z zastosowaniem przeciwciała 22C3	20			
14	RAS (KRAS+NRAS), BRAF – badanie mutacji (ICD-10 C18, C19, C20) Analiza 7 amplikonów metodą sekwencjonowania Sangera – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.6 załącznika 7 do	15			

	Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002			
15	RAS (KRAS+NRAS), BRAF – badanie mutacji (ICD-10 C18, C19, C20) + badanie niestabilności mikrosatelitarnej MSI Analiza 7 amplikonów metodą sekwencjonowania Sangera – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.6 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002	5		
16	ROS1 – badanie rearanżacji genu ROS1 metodą FISH (ICD-10 C34) Badanie FISH/ISH do komórek nowotworowych z zastosowaniem zestawu 2 sond – złożone badanie genetyczne – pkt.2 poz.2.3 załącznika 7 do Zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ – kod produktu 5.53.01.0005002	15		
Razem brutto				

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

Zamawiający zastrzega prawo ograniczenia lub rozszerzenia zakresu zamówienia.

2. Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod adresem:

.....

3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.

4. Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.

5. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie ww. badań.

6. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.

7. Oświadczam, że zobowiązujemy się do wykonania czynności będących przedmiotem zamówienia z zachowaniem należytej staranności, zasadami dobrej praktyki lekarskiej i etyki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej i poszanowaniem praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 poz.1127 z późn. zm.).

8. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.

9. Oświadczam, że spełniamy warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.

10. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:

1) termin realizacji – 36 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego,

2) forma i termin płatności faktur: przelew 60 dni.

11. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.

12. Oświadczam, że zobowiązujemy się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.).

13. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
14. Oświadczam, że przyjmujemy do wiadomości i akceptujemy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO, dane osobowe będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym zapytaniem ofertowym i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia i upublicznienia informacji dot. wyboru oferty najkorzystniejszej). Jednocześnie oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o przysługującym nam prawie dostępu do treści naszych danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

Wykaz złożonych dokumentów:

- 1) Polisa OC.
- 2) Wykaz pracowników.
- 3) Zaparafowany projekt umowy na świadczenia zdrowotne.
- 4) Zaparafowany projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

.....
Podpis osoby upoważnionej