

.....
pieczęć oferenta

FORMULARZ OFERY
Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie
wykonywania badań mikrobiologicznych
dla Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Chrzanowie sp.z o.o .

1. Oferent
2. Adres oferenta
3. Nr telefonu
4. Forma organizacyjna podmiotu leczniczego
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej
6. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
8. REGON
9. NIP
10. Nazwa banku oraz nr rachunku
11. Nr polisy ubezpieczeniowej
12. Okres obowiązywania polisy
13. Kontakt e-mail.....

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły i kompleksowy w zakresie wykonywania badań mikrobiologicznych w okresie od 01.01.2024r do 31.12.2024r.

Wykaz badań mikrobiologicznych

LP.	Rodzaj badania	Czas wykonania badania	Cena brutto za 1 badanie
	Część I Badanie kału		
1	Lamblie w kale (Giardia Lamblia antygen) (X13)		
2	Badanie kału w kierunku pasożytów (jedno oznaczenie) (A21)		
3	Owsiki w wymazie okołodbytniczym(A 21)		
4	Posiew kału (91.831)		
5	Posiew kału /odbytu w kierunku grzybów (drożdżopodobnych) (91.831)		
6	Posiew w kierunku Salmonella Shigella (91.831)		
7	Posiew kału w kier. E.cooli enteropatogennej (91.831)		
8	Posiew kału w kier. Camphylobacter (91.831)		
9	Posiew z wymazu z odbytu (91.831)		
10	Wykrywanie antygenu GDH oraz toksyn AiB		

	Clostridioides difficile (S81/S82)		
	Bakteriologia		
11	Posiew z górnych dróg oddechowych (91.831)		
12	Posiew z nosa rozszerzony (91.831)		
13	Posiew w kier. Streptococcus agalactiae (GBS)(91.831)		
14	Posiew na obecność Streptococcus pyogenes,Streptococcus gr.Ci Streptococcus gr.G (91.831)		
15	Posiew wymazu z jamy ustnej –tlenowo (91.831)		
16	Posiew z dolnych dróg oddechowych tlenowo (91.831)		
17	Posiew z dróg moczowo płciowych –tlenowo (91.831)		
18	Posiew z dróg moczowo płciowych –beztlenowo (91.831)		
19	Posiew wymazu z rany beztlenowo (91.831)		
202 1	Posiew wymazu z rany tlenowo (91.831)		
22	Posiew wymazu z oka –tlenowo (91.831)		
23	Posiew wymazu z oka –beztlenowo (91.831)		
24	Posiew z płynów ustrojowych –tlenowo(91.831)		
25	Posiew z płynów ustrojowych – beztlenowo(91.831)		
26	Posiew w kierunku Yersinia enterocolitica(91.831)		
27	Posiew ropy tlenowo (91.831)		
28	Posiew ropy beztlenowo (91.831)		
29	Posiew z moczu		
30	Posiew z ucha zewnętrznego tlenowo(91.831)		
31	Posiew ze zmian skórnych –tlenowo (91.831)		
32	Posiew ze zmian skórnych –beztlenowo (91.831)		
33	Posiew w kierunku nosicielstwa Staphylococcus aureus(91.831)		
34	Biocenoza ocena stopnia czystości pochwy(91.891)		
	Mykologia		
36	Badanie mikologiczne –hodowla (91.891)		
37	Badanie mikologiczne preparat bezpośredni 91.891)		
38	Posiew w kier. grzybów (drożdżopodobnych) (91.831)		
39	Posiew w kier. grzybów (drożdżopodobnych) z ucha (91.831)		
40	Posiew w kier. grzybów (drożdżopodobnych) z		

	jamy ustnej (91.831)		
41	Posiew z dróg moczowych w kier. grzybów drożdżopodobnych (91.831)		
	Badania w kierunku gruźlicy		
42	Posiew w kierunku gruźlicy w systemie automatycznym (78)		
43	Posiew w kierunku gruźlicy na podłoża stałe (78)		
44	Wykrywanie prątków kwasoodpornych metodą mikroskopową (91.891)		
	Razem :		

Zakres krążków używanych do antybiogramów obejmuje :

Calkowita wartość oferty wyniesie (wpisać w poz.” razem „sumę kwot za

badania

(słownie).....

.....w tym% vat

Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń w budynku MPR-S nr 1 w Chrzanowie ul.Sokoła19 II piętro codziennie od poniedziałku do piątku oraz zapewniam odbiór materiału w dni i godziny :

poniedziałek 10.00-13.00

wtorek 10.00-13.00

środa 15.00-18.00

czwartek 10.00-13.00

piątek 10.00-13.00

Oświadczenie.

1) **Oświadczam ,że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia ,szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń **oraz** z przepisami ustawy z dnia 15.04.2012 o działalności leczniczej /Dz.U 2023 poz.991 /

2) **Oświadczam,że** spełniam warunki :

1. posiadam uprawnienia do wykonywania w/w działalności lub czynności
2. posiadam wiedzę i doświadczenie
3. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
4. znajduje się sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej realizację zamówienia

3) **Oświadczam,że** jako podwykonawca usług laboratoryjnych wyrażam gotowość do poddania się kontroli ze strony OW NFZ ,właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienie , na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ,w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienie z NFZ.

Do formularza oferty załączam następujące dokumenty:

- 1.....
- 2.....,
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Chrzanów ,dnia.....

.....
podpis oferenta