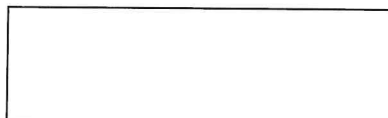


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

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	Identyfikacja rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD (ALL-MRD-PCR1) - jednorazowo zarówno w przypadku nowego rozpoznania ALL jak i wznowy ALL (*)		16		10 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	Oznaczenia MRD metodą PCR w ALL (ALL-MRD-PCR2) - w trakcie leczenia przeciwnowotworowego do 6 razy w przypadku nowego rozpoznania ALL, do 5 razy w przypadku wznowy ALL i do 4 razy w przypadku przeszczepienia komórek nowotworowych - za każde (*)		35		10 DNI	
	(*)Zamawiający wymaga dla badań MRD-ALL-PCR1 i MRD-ALL-PCR2: a) badania molekularne w ALL przeprowadzone według standardu europejskiego konsorcjum EURO-MRD - certyfikat; b) laboratorium diagnostyczne posiadające udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu oznaczeń MRD-PCR (co najmniej 1500 wykonanych oznaczeń) i techniczne możliwości wykonania minimum 1000 oznaczeń tego typu rocznie c) czas oczekiwania na wynik badania max. 10 dni roboczych					
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3b 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

[Handwritten signatures and initials]



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

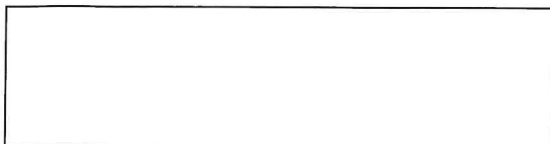
PAKIET NR 2						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	BADANIE MOLEKULARNE GENU JAG1 - PODEJRZENIE ZESPOŁU ALAGILLA (z izolacją)		1		30-60 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3a 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

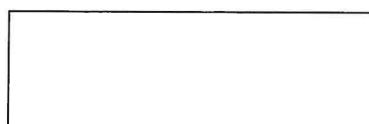


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

Lp	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	1,25 OHD3 WE KRWI		25		8 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	P/C ANTY GBM WE KRWI		4		7 DNI	
3	p/c anty MUSK (p/kinezie tyrozynowej)		2		30 DNI	
4	P/C ASCA IgA, IgG WE KRWI		50		7 DNI	
5	p/c p/cytrulinowe (anty-CCP)		4		2 DNI	
6	p/c p/insulinowe		1		15 DNI	
7	P/C P/JAJNIKOWE		5		16 DNI	
8	P/C P/ RECEPTOROM ACETYLOCHOLINY (ACHR) met. RIA		15		15 DNI	
9	P/C TRANSLUTAMINAZA TTG IgG WE KRWI ilościowo		68		5 DNI	
10	P/CIAŁA P/OM TSH (TRAB)		54		10 DNI	
11	SHBG		118		5 DNI	
12	Leptyna		68		9 DNI	
13	SZCZAWIANY W DZM		60		14 DNI	
14	TRANSFERYNA		10		3 DNI	
15	TRYPTAZA		7		5 DNI	
16	WOLNE HCG		1		2 DNI	
17	INHIBITOR C1 ESTERAZY		3		10 DNI	
18	KALCYTONINA		10		1 DZIEŃ	
19	KORTYZOL W MOCZU		20		7 DNI	
20	Lipoproteina A		10		9 DNI	
21	NT-Pro-BNP		240		4 DNI	
22	ODCZYN WALERA-ROSSEGO		2		1 DZIEŃ	
23	HOMOCYSTEINA		25		2 DNI	
24	IGE SPEC.ASPERGILLUS		2		3 DNI	
25	IgG EmA		8		8 DNI	
26	Immunoglobulina IgD		4		14 DNI	
27	Dopelniaacz CH50		4		16 DNI	
28	ERYTROPOETyna		15		2 DNI	
29	Haptoglobina		2		3 DNI	
30	CYSTATyna		25		8 DNI	
31	CYTRYNIANY W MOCZU		70		14 DNI	
32	CZYNNIK CASTLEA		2		14 DNI	
33	BADANIE MYKOLOGICZNE		1		6 DNI	
34	BADANIE SKŁADU CHEMICZNEGO ZŁOGU KAMIENIA NERKOWEGO		1		7 DNI	
35	BIAŁKO S		25		14 DNI	
36	C4		30		10 DNI	
37	CERULOPLAZMINA		90		3 DNI	
38	CHROMOGRANINA WE KRWI		10		14 DNI	
39	Aldolaza w surowicy		1		14 DNI	
40	ALDOSTERON WE KRWI		60		14 DNI	
41	AMH-HORMON ANTAMILEROWSKI		50		3 DNI	
42	Amyloid A		5		12 DNI	
43	ARO W OSOCZU		60		10 DNI	
44	p/c p/tasiemcowi IgG		2		8 DNI	
45	B2 mikroglobulina w moczu		20		7 DNI	
46	L1 antytrypsyna w kale		14		5 DNI	
47	Troponina I		6		1 DZIEŃ	
48	Oznaczenie enzymu konwertującego angiotensynę (ACE)		2		14 DNI	
49	p/c p/receptorom fosfolipazy A2 (PLA2R)		4		30 DNI	
50	p/c p/korze nadnerczy		2		22 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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	CMV PCR W PMR ILOŚCIOWO		6		6 DNI ROBOCZYCH	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	CMV-PCR W MOCZU-ILOŚCIOWO (BADANIE ILOŚCIOWE DNA CMV)		40		6 DNI ROBOCZYCH	
3	CMV-PCR WE KRWII ILOŚCIOWO		20		6 DNI ROBOCZYCH	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA XIII		8		18 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
2	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA II		4		18 DNI	
3	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA IX		10		10 DNI (roboczych)	
4	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA V		6		18 DNI	
5	CZYNNIK von Willebranda:					
5a	Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (kofaktora rystocetyny)		5		10 DNI (roboczych)	
5b	Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (vWF Ac)		5		10 DNI (roboczych)	
5c	Oznaczenie antygenu czynnika von Willebranda		5		10 DNI (roboczych)	
6	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA VII		10		18 DNI	
7	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA VIII		10		18 DNI	
8	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA X		10		18 DNI	
9	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA XI		5		18 DNI	
10	CZYNNIK KRZEPNIĘCIA XII		4		18 DNI	
11	oznaczenie aktywności heparyny w osoczu (met. oparta o pomiar anty-XA)		3		7 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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	OZNACZANIE P/CIAŁ PRZECIWNOWOTWOROWYCH - PRZECIWCIAŁA ANTY NMDA		6		14 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	PRZECIWCIAŁA PRZECIWNEURONALNE (antyRi, anti Hu, anti Ta)		10		14 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

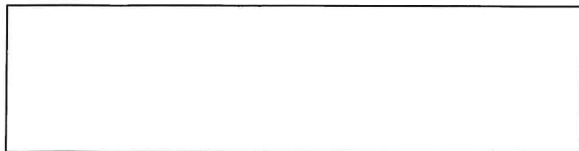
PAKIET NR 7						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	p/c SARS-CoV-2 IgG ilościowe		180		1 DZIEŃ	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	p/c SARS-CoV-2 IgM ilościowe		130		1 DZIEŃ	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

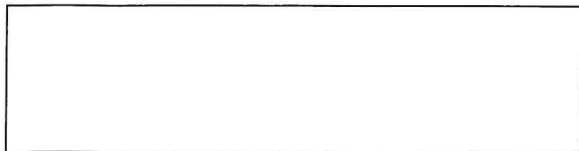
PAKIET NR 8						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badanie molekularne w kierunku zespołu DRAVET-GEN SCN-1A we krwi I etap- sekwencjonowanie wszystkich eksonów (z izolacją)		1		60 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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	Badanie genetyczne w kierunku rzekomej niedoczynności przytarczyc PHP met. MLPA		1		60 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

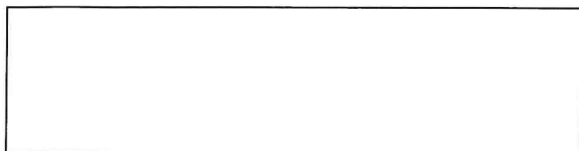
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

Handwritten signature and initials in blue ink.



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	anty GAD met. ELISA (maksymalna ilość materiału do badań GAD, ICA IA2 to 1 cm surowicy) (*)		660		10 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
2	anty IA2 - met. ELISA (*)		660		10 DNI	
3	IAA - met.RIA (*)		4		30 DNI	
4	ICA-met.oznaczenia - immunofluorescencja pośrednia (*)		50		10 DNI	
5	ZnT8 - met. ELISA (*) (*) Zamawiający wymaga, aby wyniki podawane były indywidualnie dla każdego pacjenta oraz jako miesięczny wydruk zbiorczy z podaniem imienia, nazwiska, pesel, daty pobrania. Wydruk w formie pisemnej i elektronicznej w formacie excel.		660		10 DNI	
6	MODY 2 (met.oznaczenia - sekwencjonowanie) metoda I etapu (**)		3		15 DNI	
7	MODY 3 (met.oznaczenia - sekwencjonowanie) - badania są dopełnieniem metody I etapu (**) (**) Zamawiający wymaga: a) certyfikatu do genetyki EMQN z zakresu cukrzycy monogenowej oraz PTGC 2020 i/lub PTGC 2021 z zakresu cukrzyc monogenowych (EMQN-The European Molecular Genetics Quality Network PTGC- Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka). Oba programy oceniające jakość i precyzję pracy ośrodków wykonujących oznaczenia autoprzeciwciał przeciwwyspowych (5 rodzajów). Certyfikat PTGC wskazuje referencyjne Laboratorium w danym zakresie badań.		1		15 DNI	
RAZEM:						

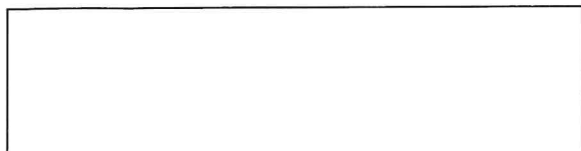
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

2021



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

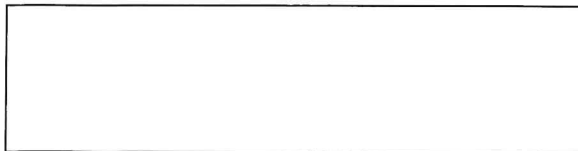
PAKIET NR 11						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	6 THIOGUANINA- METABOLIT 6-MERKAPTOPURYNY (GMR) (imuran)		17		4 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

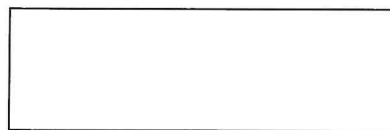


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

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	TEST EMA - BADANIE PRZESIEWOWE W KIERUNKU SFEROCYTOZY WRODZONEJ I INNYCH MEMBRANOPATII		4		3 DNI ROBOCZE	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
RAZEM:						

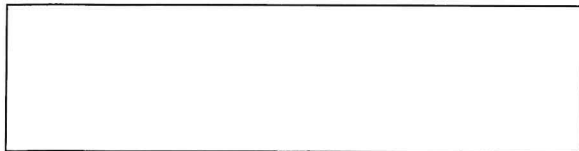
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

BM 22.11.2023



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	Wykrywanie p/c p/granulocytarnych (pakiet GIFT, GAT, MAIGA)		2		21 DNI ROBOCZYCH	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

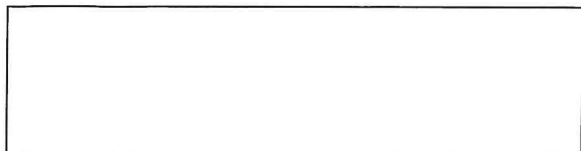
PAKIET NR 15						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	HIV PCR we krwi: badanie ilościowe		1		4 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	HIV PCR we krwi: badanie jakościowe		4		4 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

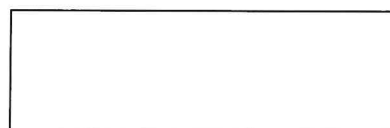


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

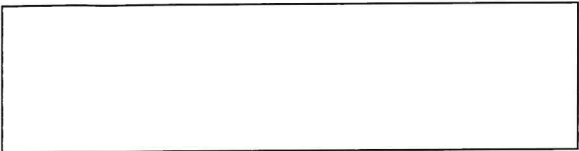
PAKIET NR 16						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Immunofiksacja (A,G,M,kap,lam)		2		7 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3a 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

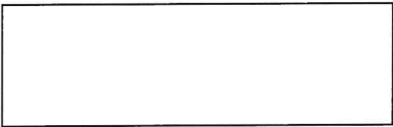


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 17						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	KRZTUSIEC PCR Z WYMAZU		1		14 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

Handwritten signatures and initials.



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 18						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	P/C P/C KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU W PMR W OBU KLASACH IgM, IgG*		8		14 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

Handwritten signature and initials in blue ink.



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 19						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	P/C VARICELLA ZOSTER IgM, IgG (we krwi)		6		7 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

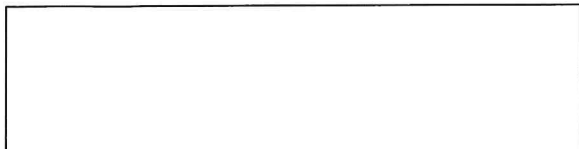
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

Ykh 2020. 2020



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 20						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	P/CIAŁA P/ TĘŻCOWE IgG		20		7 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3a 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

Yal K. nli. noli

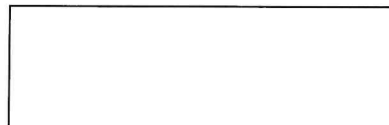


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

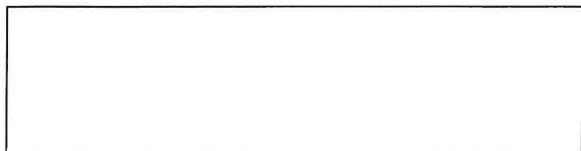
PAKIET NR 21						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Poziom leku CORDARON (AMIODARON) WE KRWI		10		7 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

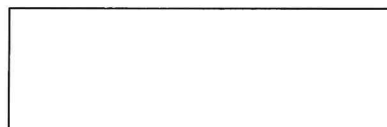


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 22						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	ilościowe oznaczenie poziomu przeciwciał ANTY- INFLIKSIMAB		8		7 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	ilościowe oznaczenie stężenia leku INFLIKSIMAB		12		7 DNI	
RAZEM:						

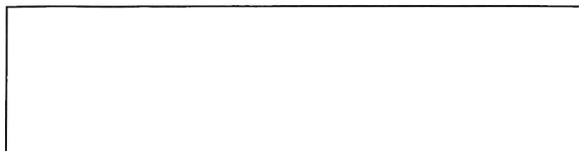
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

7h 22 A 2021



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

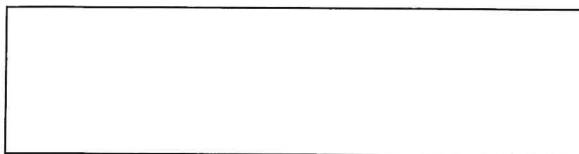
PAKIET NR 23						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	7-DEHYDROCHOLESTEROL/8-DEHYDROCHOLESTEROL/CHOLESTEROL W SUROWICY MET.GCMS		10		3-7 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	ANALIZA BARDZO DŁUGOŁAŃCHOWYCH KW.TŁUSZCZOWYCH VLCFA(C24,C26)		14		30-60 DNI	
3	ANALIZA PROFILU KWASÓW ORGANICZNYCH W MOCZU MET.GCMS		145		20 DNI	
4	IZOFORMY TRANSFERYNY (CDG)		50		14 DNI	
5	KARNITYNA WE KRWI (KARN.WOLNA + CAŁKOWITA)		50		14 DNI	
6	KWAS FITANOWY		1		30-60 DNI	
7	PROFIL STEROIDOWY W MOCZU MET GCMS		350		60 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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



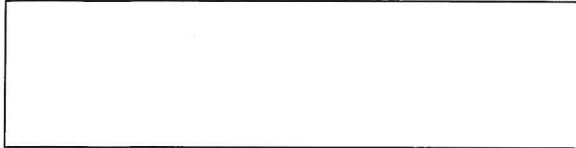
pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 24						
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 3a 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 25						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Panel PCR bakteriologiczno-wirusologiczny w PMR - MENING-12		20		3 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

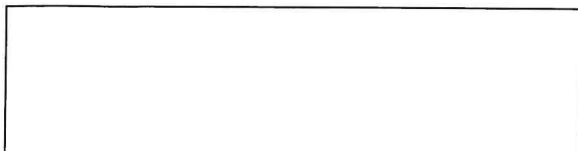
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

7/1 7/1 7/1 7/1 7/1



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 26						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Adenowirus DNA jakościowo		15		8 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	HBV-PCR (we krwi)		5		3 DNI	
3	HCV-PCR (we krwi)		4		2 DNI	
4	HHV6 DNA		15		7 DNI	
5	PARWOWIRUS B19 (we krwi)		30		3 DNI	
6	TOKSOPLAZMOZA PCR (we krwi, w PMR)		1		3 DNI	
7	ENTEROWIRUSY MET.PCR (w PMR)		2		3 DNI	
8	Chłamydia pneumonia met.PCR		3		8 DNI	
9	Mycoplasma pneumonia met. PCR		3		8 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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 nagłwkowa Wykonawcy

PAKIET NR 27						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	OZNACZANIE BCR/ABL (FISH)+MET.ILOŚCIOWA (t9;22)		1		5 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	BADANIE BCR ABL p 190 ilościowo		2		10 DNI ROBOCZYCH	
3	BADANIE BCR ABL p 210 ilościowo		2		10 DNI ROBOCZYCH	
4	BADANIE CYTOGENETYCZNE SZPIKU ONKOGENY-CHROMOSOM PHILADELPHIA		1		5 DNI	
5	BADANIE MOLEKULARNE RT-PCR SZPIKU/KRWI OBWODOWEJ- diagnostyka przewlekłej białaczki szpikowej (BCR/ABL transkrypt p190,p210/230)		4		10 DNI ROBOCZYCH	
6	BADANIE MUTACJI DOMENY KINAZY TYROZYNOWEJ		1		10 DNI ROBOCZYCH	
7	BADANIE W KIERUNKU FANCONIEGO		3		20 DNI	
8	BADANIE Z UŻYCIEM SONDY FISH : (t12;21)TEL/AML, MLL11q23,t4;11, MLL/AFF1, P16 9p21/9q21, E2A, NUP98 11p15, t15;17 PML/RARA, t8;21 AML1/ETO, t16;16 inv16 CBFB/MYH11,t6;9 DEK/NUP214 DEK/CAN, DLEU 13q14/13qter, GLI12q13/CEP12, ATM 11q22/CEP11, p53 17p13/CEP17,		50		10 DNI ROBOCZYCH	
9	BADANIE Z UŻYCIEM SONDY MOLEKULARNEJ (TEL/AML1, CBFB/MYH11, AML1/ETO, SIL/TAL1, MLL AF4, PML/RARA)		10		10 DNI ROBOCZYCH	
10	BCR/ABL CML I ALL KREW		1		5 DNI	
11	BCR/ABL CML I ALL SZPIK + MET. ILOŚCIOWA		1		5 DNI	
12	DIAGNOSTYKA RETINOBLASTOMY (RB1 13q14)		1		5 DNI	
13	TRANSLOKACJA JAKOŚCIOWA		20		5 DNI	
RAZEM:						

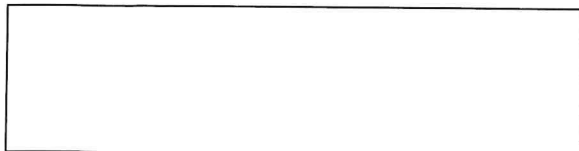
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

721. 11 11 11 11 11 11



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 28						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	KATECHOLAMINY W DZM (mocz zakwaszony) - ADRENALINA, DOPAMINA, NORADRENALINA		1		18 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	ADRENALINA W OSOCZU		1		18 DNI	
3	KWAS 5-HYDROKSYINDOLOOCTOWY (5 HIAA) W DZM		3		7 DNI	
4	KWAS HOMOWANILINOWY (HVA) W DZM		15		22 DNI	
5	KWAS WANILINOMIGDAŁOWY (VMA) W DZM		15		7 DNI	
6	METANEFRYNA (MN) W DZM (mocz zakwaszony, można zamrozić)		10		18 DNI	
7	NORADRENALINA W OSOCZU		1		18 DNI	
8	NORMETANEFRYNA (NMN)		10		18 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

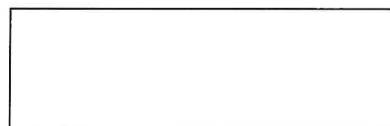


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

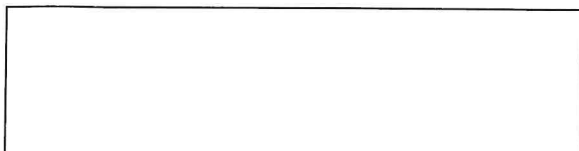
PAKIET NR 29						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badanie krwi metodą tandemowej spektrometrii MAS		90		14 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3a 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

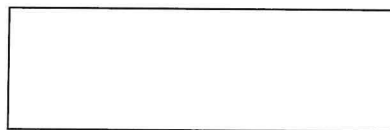


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 30						
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:						

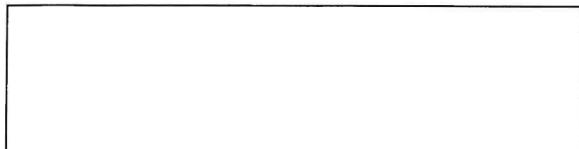
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

22/11 / K. Ciu. 2023

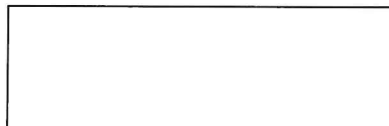


pieczęć nagłwkowa Wykonawcy

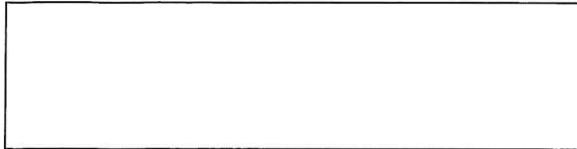
PAKIET NR 31						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Mielogram - ocena cytologiczna szpiku kostnego (*) (*) Zamawiający wymaga: a) wynik w ciągu 1 dnia roboczego b) doświadczenie Wykonawcy w ocenie cytologicznej szpiku kostnego u dzieci potwierdzone wykonywaniem ok. 400 analiz rocznie (oświadczenie)		181		1 DZIEŃ	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3a 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

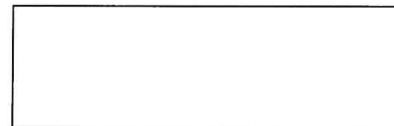


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

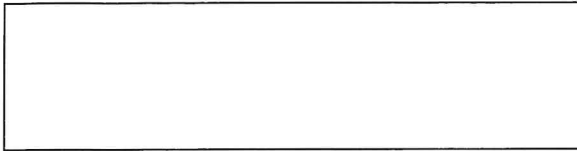
PAKIET NR 32						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Grypa A i B - szybkie testy		1		1 DZIEŃ	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	Grypa A IgA		1		8 DNI	
3	Grypa A IgG		1		8 DNI	
4	Grypa B IgA		1		8 DNI	
5	Grypa B IgG		1		8 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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

[Handwritten signature]



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

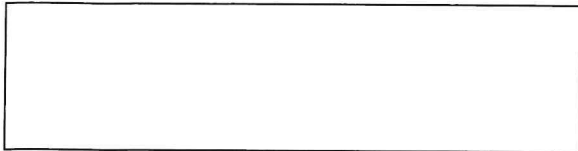
PAKIET NR 33						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Grypa A H1N1 RT-PCR		1		2 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	Grypa A, B, A H1N1 metodą RT-PCR		1		2 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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 nagłwkowa Wykonawcy

PAKIET NR 34						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Test na obecność przeciwciał JCV PCR w PMR: badanie jakościowe - PCR		1		60-90 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	Test na obecność przeciwciał JCV PCR w PMR: badanie ilościowe - PCR		1		60-90 DNI	
RAZEM:						

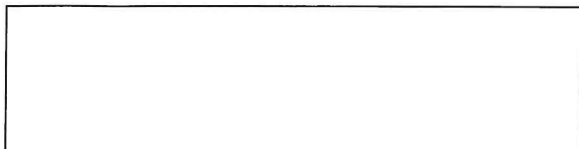
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signatures and initials]



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 35						
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:						

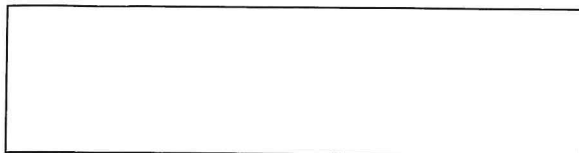
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signature]



pieczęć nagłkowa Wykonawcy

PAKIET NR 36						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Toksoplazmoza - p/c IgA - ilościowo		10		16 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
2	Toksoplazmoza - p/c IgM - ilościowo		10		1 DZIEŃ	
3	Toksoplazmoza - p/c IgG - ilościowo		10		1 DZIEŃ	
4	Toksoplazmoza - p/c IgM, IgG - profil porównawczy met. Western-Blot		2		14 DNI	
5	HbC total		68		1 DZIEŃ	
6	ANTY HbC IgM		15		5 DNI	
7	p/c p/świnie IgM, IgG		2		12 DNI	
8	p/c HERPES IgG ILOŚCIOWO WE KRWI		9		21 DNI	
9	P/C HERPES IgM WE KRWI ilościowo		20		21 DNI	
10	VDRL		10		1 DZIEŃ	
11	BADANIE TPH W KIERUNKU KIŁY		5		1 DZIEŃ	
12	FTA ABS WE KRWI		4		14 DNI	
13	FTA WE KRWI		4		14 DNI	
14	P/C TOXOCAROZA IgG WE KRWI		5		4 DNI	
15	P/C BORDATELLA PERTUSIS WE KRWI W TRZECHE KLASACH IGA, IGM, IGG (krztusiec)		4		7 DNI	
16	P/C BORELIA (WESTERN-BLOTT) WE KRWI W OBU KLASACH IgM, IgG		5		14 DNI	
17	P/C BORELIA (WESTERN-BLOTT) W PMR W OBU KLASACH IgM, IgG		2		14 DNI	
18	P/C CHLAMYDIA TRACHOMATIS WE KRWI W OBU KLASACH IgM, IgG		10		4 DNI	
19	P/C CHLAMYDIA PNEUMONIAE WE KRWI W OBU KLASACH IgM, IgG		40		4 DNI	
20	P/C MYCOPLAZMA PNEUMONIAE WE KRWI W OBU KLASACH IgM, IgG		90		4 DNI	
21	CMV IgG, IgM ILOŚCIOWO WE KRWI		2		1 DZIEŃ	
22	p/c HIV METODĄ WESTERN BLOT WE KRWI W OBU KLASACH IgM, IgG		1		3 DNI	
23	p/c HIV		150		1 DZIEŃ	
24	P/C EBV WE KRWI W OBU KLASACH IgM, IgG		300		4 DNI	
25	PROFIL EBV		15		10 DNI	
26	Yersinia enterocolitica IgG metodą Elisa		30		14 DNI	
27	Yersinia enterocolitica IgM metodą Elisa		30		14 DNI	
28	Yersinia IgG, IgM, IgA metoda Elisa		80		14 DNI	
29	P/C ANTY Hbe WE KRWI		1		5 DNI	
30	P/C ANTY HBS		100		1 DZIEŃ	
31	P/C HAV IgM		8		6 DNI	
RAZEM:						

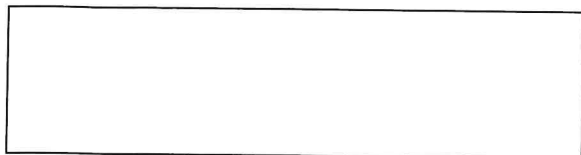
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signature]



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 37						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Kopeptyna		2		14 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

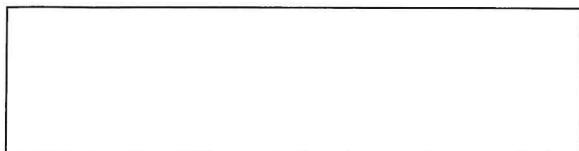
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signatures and initials]

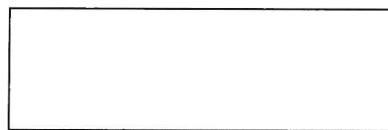


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 38						
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:					

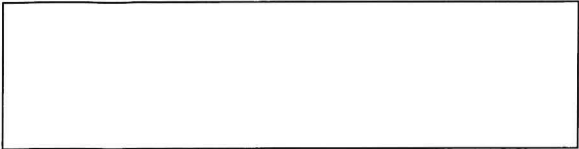
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signature]

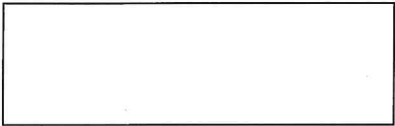


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 39						
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:						

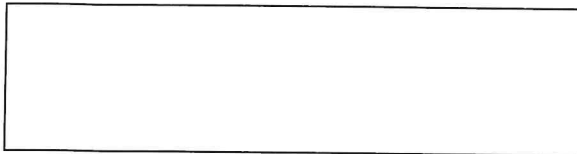
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signatures and initials]



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 40						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	GRUŻLICA-PCR WE KRWI, PMR, POPLUCZYNACH, PLWOCINIE, PŁYNIE Z JAM CIAŁA, KOŚCI, TKANKACH MIĘKICH (można przechować w lodówce)		6		7 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
RAZEM:						

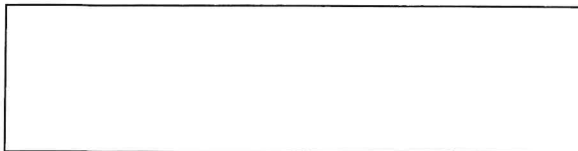
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

Handwritten signatures and initials: JMR, 15, and others.

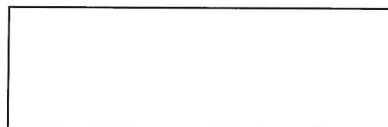


pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 41						
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:						

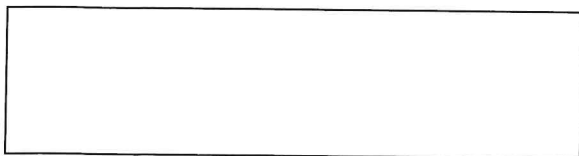
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

Handwritten signatures and initials in blue ink.



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

PAKIET NR 42						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	BADANIE ASPERGILLUS MET.PCR(we krwi, w PMR)		3		3 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
2	BADANIE CANDIDA MET.PCR (we krwi, w PMR)		6		7 DNI	
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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 43						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Ureaplazma ureolityczna met. PCR		2		10 DNI	PO STRONIE WYKONUJĄCEGO
RAZEM:						

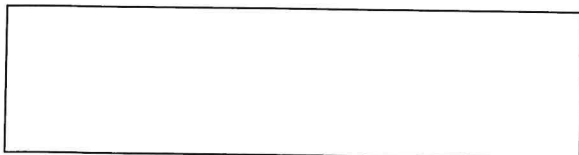
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signature]



pieczęć nagławkowa Wykonawcy

PAKIET NR 44						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Aktywność dopełniająca w drodze alternatywnej (AP50)		10		16 DNI	
RAZEM:						PO STRONIE WYKONUJĄCEGO

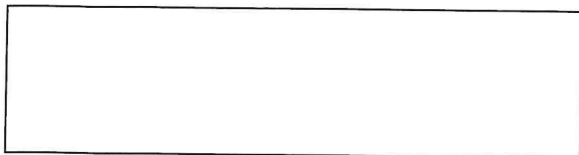
Dot. Załącznika nr 3a do SWKO - wzór umowy

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

[Handwritten signatures]



pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

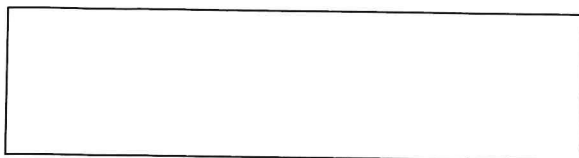
PAKIET NR 45						
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA ROK	WARTOŚĆ NA ROK (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Krążące kompleksy immunologiczne C1Q		3		10 DNI	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
RAZEM:						

Dot. Załącznika nr 3a 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 nagłówek Wykonawcy

PAKIET NR 46						
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	
RAZEM:						PO STRONIE WYKONUJĄCEGO

Dot. Załącznika nr 3a 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