pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 1					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ NA 24 MIESIĄCE (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Oznaczanie aktywności asparaginazy stosowanej w ostrej białaczce limfoblastycznej i chłoniakach nieziarniczych (L-ASP)		90		7 dni	PO STRONIE WYKONAWCY
	RAZEM:					

	Wymagania dodatkowe	TAK/ NIE
1	Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej (należy dołączyć dokument)	
2	Certyfikat RfB (Referenzininstitut fur Bioanalytik) w zakresie oznaczeń aktywności ASP (należy dołączyć certyfikat)	
3	Wyniki badania podawane indywidualnie dla każdego pacjenta wraz z interpretacją wyniku	

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy	
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/ laboratorium oraz adres):	

L.p.	Nazwa Kryterium	TAK/ NIE
1	**Jakość -** posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO	
2	**Kompleksowość-** możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania wraz z opisem	
3	**Dostępność -** dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy	
4	**Ciągłość -** kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 2					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ NA 24 MIESIĄCE (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badania genetyczne szerokoprofilowe techniką sekwencjonowania nowej generacji b (sekwencjonowanie całoeksomowe, WES) z możliwą indentyfikacją zmian typu SNV, InDels, CNV, UPD i wariantów mtDNA z heteroplazminą min. 15%		30		8 tygodni	PO STRONIE WYKONAWCY
	RAZEM:					

	Wymagania dodatkowe:	TAK/NIE
1	Badanie z krwi, preferowana sucha kropla krwi	
2	W zakres raportu końcowego wchodzą wyniki główne (wraz z opisem), wyniki potencjalnie istotne (wraz z opisem), wyniki wtórne (według rekomendacji ACMG) oraz wyniki dotyczące nosicielstwa. Rozpoznanie potwierdzane jest dodatkowymi metodami (metodą Sangera/ metodą MLPA/ mikromacierzą aCGH).	
3	Możliwa weryfikacja wariantów CN	

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy	
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/ laboratorium oraz adres):	

L.p.	Nazwa Kryterium	TAK/ NIE
1	**Jakość** - posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO	
2	**Kompleksowość**- możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania wraz z opisem	
3	**Dostępność** - dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy	
4	**Ciągłość** - kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 3					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ NA 24 MIESIĄCE (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Oznaczenie poziomu stężenia Immunoglobulin IgG - podklasa IgG4		72		7 dni	PO STRONIE WYKONAWCY
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy	
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/ laboratorium oraz adres):	

L.p.	Nazwa Kryterium	TAK/ NIE
1	**Jakość -** posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO	
2	**Kompleksowość-** możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania wraz z opisem	
3	**Dostępność -** dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy	
4	**Ciągłość -** kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 4					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ NA 24 MIESIĄCE (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badanie genetyczne wskazujące na obecność patogennej mutacji w genie GLA		6		7 tygodni	PO STRONIE WYKONAWCY
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy	
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/ laboratorium oraz adres):	

L.p.	Nazwa Kryterium	TAK/ NIE
1	**Jakość -** posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO	
2	**Kompleksowość-** możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania wraz z opisem	
3	**Dostępność -** dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy	
4	**Ciągłość -** kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 5					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ NA 24 MIESIĄCE (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Badanie poziomu globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3)		6		7 dni	PO STRONIE WYKONAWCY
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy	
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/ laboratorium oraz adres):	

L.p.	Nazwa Kryterium	TAK/ NIE
1	**Jakość -** posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO	
2	**Kompleksowość-** możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania wraz z opisem	
3	**Dostępność -** dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy	
4	**Ciągłość -** kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

pieczęć nagłówkowa Wykonawcy

	PAKIET NR 6					
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA (PLN)	LICZBA NA 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ NA 24 MIESIĄCE (PLN)	TERMIN REALIZACJI BADANIA- NIE DŁUŻEJ NIŻ	TRANSPORT
1	Ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w teście suchej kropli krwi, leukocytach lub fibroblastach skóry lub osoczu lub w surowicy		6		7 dni	PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO
	RAZEM:					

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy	
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:	
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy:	
nr telefonu	
e-mail	
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/ laboratorium oraz adres):	

L.p.	Nazwa Kryterium	TAK/ NIE
1	**Jakość -** posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO	
2	**Kompleksowość-** możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania wraz z opisem	
3	**Dostępność -** dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy	
4	**Ciągłość -** kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)	

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy