

**UMOWA NA WYKONYWANIE BADAŃ
nr ASK/UŚM/I/2011/...**

Zawarta w dniu **04.08.2011** roku pomiędzy:

.....,
ul....., NIP:.....,
REGON:....., KRS:....., zwanym w dalszej części umowy
Zleceniodawcą reprezentowanym przez:

1.

a

Akademickim Szpitalem Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu,
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, NIP: 898-181-68-56, REGON: 000289012, wpisanym do
rejestrów prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabryczna VI Wydział Gospodarczy
Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000136478 zwanym w dalszej części umowy
„Zleceniobiorcą” reprezentowanym przez:

1. Dyrektora- **Piotra Pobrotyna**

2. Z-ca Dyrektora ds. Finansowych – **Mariolę Dwornikowską**

o następującej treści:

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń usług z zakresu **badan laboratoryjnych wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy**, zwanych w treści umowy „badaniami”, na rzecz pacjentów Zleceniodawcy.

§2

1. Badania będą udzielane ze szczególną starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
2. Zleceniobiorca przyjmuje pełną odpowiedzialność za wykonywanie badań.
3. Badania wykonywane będą przez wykwalifikowany personel medyczny i przy użyciu sprawnego sprzętu medycznego zapewniającego bezpieczeństwo pacjenta podczas badania.
4. Świadczenie, o którym mowa w §1 wykonywane będą w pomieszczeniach Zleceniobiorcy, z użyciem sprzętu medycznego będącego w jego posiadaniu.
5. Zleceniobiorca zapewni transport badanego materiału z siedziby Zleceniodawcy.

§3

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy wykonanie badań w zależności od potrzeb wynikających z udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Zleceniobiorca wykona badania wyłącznie na podstawie skierowania lekarza. Skierowanie powinno być wystawione w dwóch egzemplarzach i zaakceptowane przez Zleceniodawcę lub osobę upoważnioną przez Zleceniodawcę, zawierające dane osobowe pacjenta, informacje o stanie pacjenta, pieczętkę nagłówkową oraz pieczętkę lekarza.

Zakres rzeczowo –finansowy oferty
(wypełnić tylko tą tabelę, która odpowiada zakresowi oferty)

| Lp | Nazwa Badania | Ilość | Cena Netto | Cena Brutto |
|-----------|---|--------------|-------------------|--------------------|
| 1 | 7-dehydrocholesterol w mat. biologicznym | 5 | | |
| 2 | Arsen w moczu | 15 | | |
| 3 | Badanie genetyczne w kierunku MELAS | 5 | | |
| 4 | Badanie molekularne poj. typu DM | 10 | | |
| 5 | Badanie mutacji w genie NBS1 | 5 | | |
| 6 | Beta-HCG – wolna podjednostka | 5 | | |
| 7 | Białko Bence-Jonesa (jakościowo) | 10 | | |
| 8 | Chrom w krwi pełnej | 15 | | |
| 9 | Chromatografia oligosacharydów w moczu | 5 | | |
| 10 | Cynk w surowicy | 15 | | |
| 11 | Detekcja łańcuchów lekkich kappa, lambda | 8 | | |
| 12 | Diagnostyka ataksji rdzeniowo-mózdkowej typ 6,8 | 20 | | |
| 13 | Diagnostyka enzymatyczna neurolipidoz i mukolipidoz | 5 | | |
| 14 | Diagnostyka galaktozemii – test Baludy | 25 | | |
| 15 | Diagnostyka glikoproteinoz | 5 | | |
| 16 | D-Xyloza w moczu | 20 | | |
| 17 | Gentamycyna | 5 | | |
| 18 | HLAI i HLAII | 5 | | |
| 19 | Immunoelktroforeza w mat. Biologicznym | 200 | | |
| 20 | Immunofenotypowanie komórek białaczkowych | 5 | | |
| 21 | Izolacja mononuklearów z krwi obwodowej lub szpiku – etap wstępny monitorowania choroby resztkowej | 25 | | |
| 22 | Izolacja mononuklearów z krwi obwodowej lub szpiku – z izolacją DNA i oznaczeniem ilości DNA – etap wstępny do monitorowania chimeryzmu | 25 | | |
| 23 | Kadm w krwi pełnej (EDTA-K2) | 15 | | |
| 24 | Kadm w moczu | 15 | | |
| 25 | Kariotyp z amniocytów | 5 | | |
| 26 | Kariotyp z komórek szpiku kostnego | 5 | | |
| 27 | Kariotyp z limfocytów | 5 | | |
| 28 | Konsultacja gotowych preparatów histopatologicznych | 10 | | |
| 29 | Magnez w krwi pełnej (heparyna) | 15 | | |
| 30 | Mangan w surowicy | 15 | | |
| 31 | Miedź (surowica lub mocz) | 40 | | |
| 32 | MLPA – p. mikrodelecyjny | 9 | | |

| | | | | |
|----|--|----|--|--|
| 33 | MLPA – p. subtelomerowy | 10 | | |
| 34 | Netylmycyna | 5 | | |
| 35 | Nikiel w surowicy | 15 | | |
| 36 | Ołów w krwi pełnej (EDTA-K2) | 15 | | |
| 37 | Ołów w moczu | 15 | | |
| 38 | P/ciała MUSK | 5 | | |
| 39 | P/ciała p/grzybom drożdżopochodnym | 14 | | |
| 40 | P/ciała p/płytkowe | 5 | | |
| 41 | P/HIV w PMR | 5 | | |
| 42 | Porfirie – profil | 20 | | |
| 43 | Posz. mutacji w genie IT 15 | 15 | | |
| 44 | Preparat fagowy | 17 | | |
| 45 | Profil sterydowy w moczu | 21 | | |
| 46 | Rtęć w moczu | 15 | | |
| 47 | Thiopental | 10 | | |
| 48 | Toxoplazmoza gondii płodu (metodą PCR) | 5 | | |
| 49 | Wankomycyna | 10 | | |
| 50 | Wapń w krwi pełnej (heparyna) | 15 | | |
| 51 | Wczesna identyfikacja wrodzonych wad metabolizmu | 19 | | |
| 52 | Wykrywanie DNA pasożytów met. PCR w mat. biologicznym | 5 | | |
| | | | | |
| 53 | Badania scyntygraficzne narządowe planarne | 10 | | |
| 54 | Profilaktyka poekspozycyjna w wyniku kontaktku na zakażenie HIV, HBV, HCV – badanie osoby ekspozowanej i wykonanie wymaganych badań serologicznych | 30 | | |
| | | | | |
| | Diagnostyka kiły – testy potwierdzenia | | | |
| 55 | Kiła w PMR | 5 | | |
| 56 | USR - test potwierdzenia | 20 | | |
| | | | | |
| | Diagnostyka rzeżączki (GO) | | | |
| 57 | Bez pobrania materiału | 5 | | |
| 58 | Z pobraniem materiału | 5 | | |
| 59 | Posiew w kierunku Trichomonas Vaginalis + Candida | 5 | | |
| 60 | Posiew GO + Trichomonas Vaginalis + Candida | 5 | | |
| 61 | Posiew GO + stopień czystości | 5 | | |
| 62 | Badanie kompleksowe WR + posiew GO | 5 | | |
| | | | | |
| | Diagnostyka gruźlicy | | | |
| 63 | Gruźlica – test potwierdzenia PCR w PMR (EDTA-K2) | 5 | | |
| 64 | TBC-PBK | | | |
| 65 | Test QuantiFERON – TB | | | |

Uwagi dodatkowe (w przypadku konieczności zawarcia dodatkowych informacji):

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

.....
data i podpis Oferenta

Wykaz koniecznych do załączenia dokumentów (kserokopie potwierdzone przez Oferenta):

- 6. Dyplom osób świadczących usługi.**
- 7. Prawo wykonywania zawodu osób świadczących usługi.**
- 8. Pozwolenie na prowadzenie Indywidualnej Praktyki Lekarskiej lub pielęgniarskiej (właściwa Izba Lekarska lub Pielęgniarska), w przypadku ZOZ-u – decyzja o wpisie do właściwego rejestru.**
- 9. Polisa OC.**
- 10. Decyzja nadania numeru NIP.**
- 11. Decyzja nadania numeru Regon.**
- 12. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.**