

## ZAŁĄCZNIK NR 2 – FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego ul. Borowska 213 składam niniejszą ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w okresie do 30.09.2019 r. w zakresie Poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych

- DANE O OFERENCIE (nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego .....
- Numer NIP .....
- Numer REGON .....
- Numer KRS (jeśli dotyczy) .....
- Numer wpisu CEIDG .....
- Numer telefonu z nr kierunkowym .....
- Numer fax .....
- Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu leczniczego.....
- Nazwa organu założycielskiego oferenta.....
- Adres e-mail .....
- Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów leczniczych.....
- Nr konta bankowego.....
  
- Liczba procedur poszukiwania i doboru niespokrewnionych dawców komórek krwiotwórczych, którą oferent proponuje wykonać w okresie od daty podpisania umowy do 30.09.2019r. w ramach umowy.....
- Informacja o łącznej liczbie chorych, dla których oferent prowadził poszukiwania i dobierał dawców komórek krwiotwórczych w latach 2015 – 2018, oraz o liczbie osób, dla których oferent dobrał w pełni zgodnego dawcę (t. 10/10 loci HLA) komórek krwiotwórczych w latach 2015 – 2018.....
- informacja o liczbie przeszczepień wykonanych od dawców dobranych przez oferenta w latach 2015 – 2018 .....
- Oferty cenowe za uzyskanie wyników badań chorego (biocy komórek macierzystych krwi): (1) typowania weryfikującego (low resolution) w zakresie HLA loci A, B, C, DRB1, DQB1 metodą genetyczną oraz (2) na poziomie wysokiej rozdzielczości w tych samych loci, z uwzględnieniem czynności doborowych oraz badań pośrednich i innych działań i kosztów, w tym ekspertyzy (oceny szans na dobór i określenia strategii doboru), ujętych w kalkulacji ogólnej w postaci ryczałtu, koniecznych do otrzymania wyżej wymienionych wyników.
- Oferty cenowe za uzyskanie wyników dawcy komórek macierzystych krwi: (1) typowania weryfikującego (low resolution) dawcy szpiku w zakresie HLA loci A, B, C, DRB1, DQB1 metodą genetyczną oraz (2) na poziomie wysokiej rozdzielczości w tych samych loci,
- Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia będące przedmiotem konkursu oraz ich doświadczenie w zakresie typowania HLA na poziomie wysokiej rozdzielczości i współpracy z zagranicznymi rejestrami dawców szpiku – wg wzoru
- Opis posiadanego lokalu, sprzętu i aparatury [wykaz posiadanego sprzętu i aparatury medycznej – wg wzoru, oświadczenie oferenta o tym, że urządzenia mające zastosowanie w przedmiocie konkursu mają aktualne przeglądy techniczne a odczynniki stosowane do badania posiadają certyfikaty CE i IVD.]
- Łączny koszt badań laboratoryjnych wykonanych w celu uzyskania wyniku typowania potwierdzającego zgodność dawcy i biocy w zakresie HLA locus A, B, C, DRB1, DQB1 metodą

genetyczną na poziomie wysokiej rozdzielczości, z uwzględnieniem czynności doborowych oraz koniecznych do otrzymania wyżej wymienionego wyniku badań pośrednich i innych działań i kosztów, w tym ekspertyzy (oceny szans na dobór i określenia ścieżki doboru), a także kosztów pobrania i/lub sprowadzenia próbki krwi pacjenta, ujętych w kalkulacji ogólnej w postaci ryczałtu

- Kopie certyfikatów potwierdzających udział w zewnętrznych kontrolach jakości w zakresie badania HLA metodami genetycznymi oraz innych certyfikatów potwierdzających jakość wykonywanych usług przez Oferenta
- Cennik usług oferenta dotyczący kosztów typowania poszczególnych locus (HLA - A, B, C, DR, DQ) metodą genetyczną na poziomie niskiej oraz wysokiej rozdzielczości,
- Oświadczenie o posiadanym dostępie do światowych rejestrów dawców szpiku

**Cennik - ceny cząstkowe czynności związanych z realizacją procedury poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych.**

<b>Locus</b>	<b>Koszt (zł)</b>
<b>HLA A*</b>	
<b>HLA B*</b>	
<b>HLA C*</b>	
<b>HLA DRB1*</b>	
<b>HLA DQB1*</b>	
<b>SUMA</b>	
<b>TYPOWANIE na wysokim poziomie rozdzielczości</b>	
<b>Locus</b>	<b>Koszt (zł)</b>
<b>HLA A*</b>	
<b>HLA B*</b>	
<b>HLA C*</b>	
<b>HLA DRB1*</b>	
<b>HLA DQB1*</b>	
<b>Inne czynności doborowe uznane przez jednostkę realizującą dobór za konieczne, w tym ekspertyza (ocena szans na dobór i określenie ścieżki doboru) w</b>	
<b>SUMA</b>	

2. DAWCA		RAZEM:
TYPOWANIE na niskim poziomie rozdzielczości		
<b>Locus</b>	Koszt (zł)	
<b>HLA A*</b>		
<b>HLA B*</b>		
<b>HLA C*</b>		
<b>HLA DRB1*</b>		
<b>HLA DQB1*</b>		
<b>SUMA</b>		
TYPOWANIE na wysokim poziomie rozdzielczości		
<b>Locus</b>	Koszt (zł)	
<b>HLA A*</b>		
<b>HLA B*</b>		
<b>HLA C*</b>		
<b>HLA DRB1*</b>		
<b>HLA DQB1*</b>		
<b>SUMA</b>		

### Cennik dotyczący innych badań laboratoryjnych i czynności doborowych

Pozycja	Koszt (zł)
typowanie na niskim poziomie rozdzielczości HLA DPB1*	
typowanie na wysokim poziomie rozdzielczości HLA DPB1*	
badanie przeciwciał anti-HLA	
próba krzyżowa	
pozostałe czynności uznane przez jednostkę realizującą dobór za konieczne: 1. 2. 3.	

Wykaz sprzętu i posiadanej aparatury medycznej

L.p	Nazwa sprzętu	Rok produkcji	Uwagi

Liczba i kwalifikacje zawodowe osób wyznaczonych do realizacji przedmiotu konkursu:

L.p.	Kwalifikacje zawodowe	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe (w latach)

.....

data, miejscowość

.....

podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty