**Załącznik nr 1 - KO/7/2025/UM BAD DIAG**

……………………………………..………

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Wybrane zakresy oferty\*:

* **CZĘŚĆ I** – 1) Badanie histopatologiczne
1. Barwienie immunohistochemiczne
* **CZĘŚĆ II –** Cytologia ginekologiczna
* **CZĘŚĆ III** – Cytologia płynów z jamy ciała
* **CZĘŚĆ IV** – Cytologia płynna LBC + HPV (14 typów)

 \* właściwe zaznaczyć X

2. Oferty cenowe – max. 5 pkt:

**CZĘŚĆ I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA BADANIA** | **Jednostka** | **CENA (w zł)\*\*** |
| Badanie histopatologiczne  | 1 bloczek |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA BADANIA** | **Jednostka** | **CENA (w zł)\*\*** |
| Barwienie immunohistochemiczne | 1 barwienie |  |

**CZĘŚĆ II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA BADANIA** | **Jednostka** | **CENA (w zł)\*\*** |
| Cytologia ginekologiczna  | 1 badanie |  |

**CZĘŚĆ III**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA BADANIA** | **Jednostka** | **CENA (w zł)\*\*** |
| Cytologia płynów z jamy ciała | 1 badanie |  |

**CZĘŚĆ IV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA BADANIA** | **Jednostka** | **CENA (w zł)\*\*** |
| Cytologia płynna LBC+HPV (14 typów) | 1 badanie |  |



3. Godziny udzielania świadczeń – max. 5 pkt:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CZĘŚĆ I** | **CZĘŚĆ II** | **CZĘŚĆ III** | **CZĘŚĆ IV** |
| Poniedziałek |  |  |  |  |
| Wtorek |  |  |  |  |
| Środa |  |  |  |  |
| Czwartek |  |  |  |  |
| Piątek |  |  |  |  |
| Sobota |  |  |  |  |

3. Czas wykonywania badań (podany w godzinach) – max. 5 pkt.

**CZĘŚĆ I** - …………………………………………

**CZĘŚĆ II** - …………………………………………

**CZĘŚĆ III** - ………………………………………..

**CZĘŚĆ IV**- ………………………………………..

4. Odbieranie materiału do badań oraz dostarczanie wyników tych badań do miejsca wskazanego przez Udzielającego Zamówienia – 5 pkt.:

 TAK NIE

Dostarczenie wyników badań do siedziby Udzielającego Zamówienia (właściwe zaznaczyć):

* możliwość bezpośredniego importowania wyników badań do systemu obsługującego elektroniczną dokumentację medyczną pacjentów WSPL SP ZOZ w Rzeszowie
(w formacie HL7CDA - mMedica) – 5 pkt.
* możliwość elektronicznego dostępu do wyników badań i ich wydruku – 3 pkt.
* dostarczanie wyników wyłącznie w formie papierowej – 1 pkt.

5. Dostarczanie zestawów do transportu materiału przeznaczonego do badania – 5 pkt:

 TAK - 5 pkt NIE – 0 pkt

Osoba wskazana do kontaktu w zakresie złożonej oferty…………………………………………………………….

Tel. …………………………………..…

…………………………………

(Data i podpis Oferenta)