**Załącznik nr 2**

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 1**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | AMONIAK | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 2 | MLECZANY | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | PROKALCYTONINA | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | LIT (ilościowo) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | ANTYGEN HELICOBACTER PYLORI (w kale) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | ROTA I ADENOWIRUSY W KALE | 1 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 2**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | GAZOMETRIA PODSTAWOWA (pH, pCO2, pO2, HCO3) | 25 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 2 | FIBRYNOGEN | 200 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 3**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | Methemoglobina | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 4**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | DEHYDROGENAZA MLECZANOWA | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | LIPAZA | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | WAPŃ ZJONIZOWANY (ISE) | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | KWAS FOLIOWY | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | FERRYTYNA | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | BETA HCG | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | PARATHORMON  | 160 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 8 | KORTYZOL | 130 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 9 |  CEA | 240 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | AFP | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | CA 125 | 240 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | CA 15-3 | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | CA 19-9 | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | PANEL PSA (TPSA, FPSA, wskaźnik %) | 200 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 5**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | RÓŻYCZKA IgG | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | RÓŻYCZKA IgM | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | CYTOMEGALIA IgG | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | CYTOMEGALIA IgM | 250 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 6**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | Elektroforeza białek (surowica) | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Elektroforeza białek (mocz) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | IMMUNOGLOBULINY IgG, IgM, IgA | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | IgA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | IgG | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | HOMOCYSTEINA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | HCG wolna podjednostka beta | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | DHEA | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | ANDROSTENDION | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | SHBG | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 17-OH PROGESTERON | 35 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | AMH | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | INSULINA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | INSULINA (TEST INSULINOWY 2 PKT)  | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | INSULINA (TEST INSULINOWY 3 PKT) | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | C-PEPTYD | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | P/C anty-GAD IgG (ilościowo) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | P/C anty IA2 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | KALCYTONINA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | ACTH | 50 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 22 | ALDOSTERON | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | ARO | 4 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 24 | CHROMOGRANINA A | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | HORMON WZROSU | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 26 | IGF - 1 | 20 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 27 | HLA B27 | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | ANTYKOAGULANT TOCZNIOWY | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | KARBAMAZEPINA | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | FOSFATAZA KWAŚNA | 50 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza stabilizator do ACP. Cena badania zawiera koszt stabilizatora |
| 31 | Autoprzeciwciała dsDNA met. immunofluorescencja pośrednia | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 32 | P/C p. KARDIOLIPINIE IgG, IgM | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | P/C p. beta-2-GLIKOPROTEINIEIgG, IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 7**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | TRANSFERYNA | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | KWAS WALPROINOWY | 160 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | P/c p. receptorom TSH (TRAb) | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | DHEA SO4 | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Panel ROMA (Ca 125+HE4+ROMA | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | PRZECIWCIAŁA ANA (immunofluorescencja pośrednia – test przesiewowy) | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | PRZECIWCIAŁA ANA (immunofluorescencja pośrednia i immunodyfuzja) | 450 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | PRZECIWCIAŁA ANA (immunoblot) | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Przeciwciała przeciw antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) | 100 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 8**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | TYREOGLOBULINA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | BETA 2 MIKROGLOBULINA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | CERULOPLAZMINA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | MIEDŹ (surowica) | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgM | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgG | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgM | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgA | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgM | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgA | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | KRZTUSIEC IgG | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | KRZTUSIEC IgM | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | KRZTUSIEC IgA | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | KIŁA FTA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | KIŁA TPHA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | KIŁA FTA ABS | 1 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 9**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C3 | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C4 | 60 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 10**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | HBs Ag test potwierdzający | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | HBe Ag jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Anty- HBe jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Anty-HBc –total jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Anty –HBc IgM ilościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Anty - HAV Total jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Anty – HAV IgM ilościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | HSV IgG jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | HSV IgM jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Bruceloza IgG | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Bruceloza IgM | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Yersinia enter. IgA | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Yersinia enter. IgG | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Yersinia enter. IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | KATECHOLAMINY (DZM) -adrenalina-noradrenalina-dopamina  | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 16 | METOKSYKATECHOLAMINY(DZM)-metanefryna-normetanefryna-3-metoksytyramina | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 17 | 17-KETOSTERYDY (DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 18 | 17-OH KORTYKOSTERYDY (DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 19 | KWAS HOMOWANILINOWY(HVA DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 20 | KWAS HYDROKSYINDOLOOCTOWY (5-HIAA DZM) | 1 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 11**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **6** | **7** | **8** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie (z wyłączeniem przypadków niewykonywania)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| **Bakter.** | **Mykolog.** | **Beztlenow.** |
|  | **WYMAZ Z GARDŁA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z** **JAMY USTNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z NOSA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z MIGDAŁKÓW** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z UCHA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z WORKA SPOJÓWKOWEGO** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z PĘPKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ ZE ZMIANY SKÓRNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z RANY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z** **OWRZODZENIA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z** **CZYRAKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ ZE STOPY CUKRZYCOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODLEŻYNY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ SPOD NAPLETKA**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z PRZEDSIONKA POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z RURKI TRACHEOTOMIJNEJ**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z POCHWY (GBS)**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU (GBS)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU (SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |
|  | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ (MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ KANAŁU SZYJKI MACICY****(MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ANTYGEN GDH I TOKSYNA A/B W KALE)**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTYGEN** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW MOCZU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW KAŁU**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW PLWOCINY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW NASIENIA**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW ROPY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW PŁYNU STAWOWEGO**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW KAŁU****(SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |
|  | **POSIEW/****WYMAZ INNY MATERIAŁ**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 12**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| P/C PRZECIW TRANSGLUTAMINAZIE TKANKOWEJ |
| 1 | Anty-tTG IgA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Anty-tTG IgG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWGLIDYNOWE |
| 2 | AGA IgA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| AGA IgG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWENDOMYZIALNE |
| 3 | EMA IgA | 100 |  |  |  |  |  |  |
| EMA IgG | 250 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 13**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| TESTY POTWIERDZENIA |
| 1 | HIV (PCR) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | RNA HCV (PCR) | 1 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 14**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Odległość** **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | GENTAMYCYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | WANKOMYCYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | DIGOKSYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..