**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 wyznaczona wg Google Maps** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | FIBRYNOGEN | 260 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | GAZOMETRIA PODSTAWOWA (pH, pCO2, pO2, HCO3, BE, spO2, Mleczany) | 20 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 3 | Methemoglobina | 10 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 4 | DEHYDROGENAZA MLECZANOWA LDH | 90 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | LIPAZA | 160 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | WAPŃ ZJONIZOWANY (ISE) | 140 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | FOSFATAZA KWAŚNA | 30 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza stabilizator do ACP. Cena badania zawiera koszt stabilizatora |
| 8 | HOMOCYSTEINA | 2 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 9 | NT pro-BNP | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | TROPONINA T | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | INSULINA | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | TEST INSULINOWY (2 PKT 0-1)  | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | TEST INSULINOWY (3 PKT 0-1-2) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | C-PEPTYD | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | P/C anty-GAD IgG (ilościowo) | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | P/C anty IA2 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | CERULOPLAZMINA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C3 | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C4 | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | ALBUMINA (surowica) | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Elektroforeza białek (surowica) | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Elektroforeza białek (mocz) | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | HLA B27 | 40 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza wymaganą probówkę Cena badania zawiera jej koszt |
| 24 | IMMUNOGLOBULINY IgG, IgM, IgA | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 25 | IgA | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 26 | IgG | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | IgM | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | PROKALCYTONINA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 29 | TYREOGLOBULINA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 30 | BETA 2 MIKROGLOBULINA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 31 | MIEDŹ (surowica) | 10 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza wymaganą probówkę Cena badania zawiera jej koszt |
| 32 | P/C p. KARDIOLIPINIE IgG, IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 33 | P/C p. beta-2-GLIKOPROTEINIEIgG, IgM | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 34 | AMONIAK | 10 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 35 | ANTYKOAGULANT TOCZNIOWY | 180 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 36 | PARATHORMON  | 260 |  |  |  |  |  |  |
| 37 | KORTYZOL | 140 |  |  |  |  |  |  |
| 38 | CEA | 240 |  |  |  |  |  |  |
| 39 | AFP | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 40 | CA 125 | 560 |  |  |  |  |  |  |
| 41 | CA 15-3 | 280 |  |  |  |  |  |  |
| 42 | CA 19-9 | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 43 | PANEL PSA (TPSA, FPSA, wskaźnik %) | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 44 | HCG wolna podjednostka beta | 460 |  |  |  |  |  |  |
| 45 | DHEA SO4 | 180 |  |  |  |  |  |  |
| 46 | Panel ROMA (Ca 125+HE4+ROMA) | 340 |  |  |  |  |  |  |
| 47 | HE4 | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 48 | HPV - wykrywanie DNA i genotypowanie 14 wysokoonkogennych typów wirusa, wykrywane genotypy: 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 49 | DHEA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 50 | ANDROSTENDION | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 51 | BIAŁKO WIĄŻĄCE HORMONY PŁCIOWE SHBG | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 52 | 17-OH PROGESTERON | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 53 | AMH | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 54 | KALCYTONINA | 10 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 55 | ACTH | 50 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 56 | ALDOSTERON | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 57 | ARO | 4 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 58 | CHROMOGRANINA A | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 59 | HORMON WZROSU | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 60 | SOMATOMEDYNA C (IGF – 1) | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 61 | KATECHOLAMINY (DZM) -adrenalina-noradrenalina-dopamina  | 4 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 62 | METOKSYKATECHOLAMINY(DZM)-metanefryna-normetanefryna-3-metoksytyramina | 4 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 63 | 17-KETOSTERYDY (DZM) | 4 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 64 | 17-OH KORTYKOSTERYDY (DZM) | 4 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 65 | KWAS HOMOWANILINOWY(HVA DZM) | 4 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 66 | KWAS HYDROKSYINDOLOOCTOWY (5-HIAA DZM) | 4 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 67 | DIGOKSYNA (ilościowo) | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 68 | GENTAMYCYNA (ilościowo) | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 69 | KARBAMAZEPINA (ilościowo) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 70 | LIT (ilościowo) | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 71 | MLECZANY (ilościowo) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 72 | WANKOMYCYNA (ilościowo) | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 73 | KWAS WALPROINOWY (ilościowo) | 240 |  |  |  |  |  |  |
| 74 | TRANSFERYNA | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 75 | P/c p. receptorom TSH (TRAb) | 1200 |  |  |  |  |  |  |
| 76 | KWAS FOLIOWY | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 77 | FERRYTYNA | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 78 | BADANIE CYTOLOGICZNE MOCZU | 4 |  |  |  |  |  |  |
| PRZECIWCIAŁA PRZECIWJADROWE ANA |
| 79 | ANA 1 | 460 |  |  |  |  |  |  |
| 80 | ANA 2 | 360 |  |  |  |  |  |  |
| 81 | ANA 3 | 340 |  |  |  |  |  |  |
| 82 | ANA 4 | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 83 | Anty-dsDNA(IIF) | 40 |  |  |  |  |  |  |
| PRZECIWCIAŁA PRZECIW ANTYGENOM CYTOPLAZMY NEUTROFILÓW ANCA |
| 84 | pANCA + cANCA | 120 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIW TRANSGLUTAMINAZIE TKANKOWEJ |
| 85 | Anty-tTGIgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 86 | Anty-tTGIgG | 2 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWGLIDYNOWE |
| 87 | AGA IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 88 | AGA IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWENDOMYZIALNE |
| 89 | EMA IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 90 | EMA IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 91 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgG | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 92 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgM | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 93 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 94 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgG | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 95 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgM | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 96 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgA | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 97 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG | 140 |  |  |  |  |  |  |
| 98 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgM | 480 |  |  |  |  |  |  |
| 99 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgA | 480 |  |  |  |  |  |  |
| 100 | KRZTUSIEC IgG | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 101 | KRZTUSIEC IgM | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 102 | KRZTUSIEC IgA | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 103 | KIŁA FTA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 104 | KIŁA TPHA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 105 | KIŁA FTA ABS | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 106 | RÓŻYCZKA IgG | 230 |  |  |  |  |  |  |
| 107 | RÓŻYCZKA IgM | 230 |  |  |  |  |  |  |
| 108 | CYTOMEGALIA IgG | 170 |  |  |  |  |  |  |
| 109 | CYTOMEGALIA IgM | 170 |  |  |  |  |  |  |
| 110 | HSV IgG jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 111 | HSV IgM jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 112 | Bruceloza IgG | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 113 | Bruceloza IgM | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 114 | Yersiniaenter. IgA | 540 |  |  |  |  |  |  |
| 115 | Yersiniaenter. IgG | 230 |  |  |  |  |  |  |
| 116 | Yersiniaenter. IgM | 480 |  |  |  |  |  |  |
| 117 | Anty-HBc –total jakościowy | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 118 | HBs Ag test potwierdzający | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 119 | HBe Ag jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 120 | Anty- HBe jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 121 | Anty –HBcIgM ilościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 122 | Anty - HAV Total jakościowy | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 123 | Anty – HAV IgM ilościowy | 4 |  |  |  |  |  |  |
| TESTY POTWIERDZENIA |
| 124 | HIV (PCR) | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 125 | RNA HCV (PCR) | 6 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |
| **BADANIA MIKROBIOLOGICZNE - Orientacyjna ilość badań w okresie 24 miesięcy : 4500** |
|  |  | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie (z wyłączeniem przypadków niewykonywania)** | **Suma kolumn 4,5,6**  |  **Miejsce (adres)****wykonywania badania**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| **Bakter.** | **Mykolog.** | **Beztlenow.** |
| **126** | **WYMAZ Z GARDŁA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **127** | **WYMAZ Z** **JAMY USTNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **128** | **WYMAZ Z NOSA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **129** | **WYMAZ Z MIGDAŁKÓW** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **130** | **WYMAZ Z UCHA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **131** | **WYMAZ Z WORKA SPOJÓWKOWEGO** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **132** | **WYMAZ Z PĘPKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **133** | **WYMAZ ZE ZMIANY SKÓRNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **134** | **WYMAZ Z RANY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **135** | **WYMAZ Z** **OWRZODZENIA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **136** | **WYMAZ Z** **CZYRAKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **137** | **WYMAZ ZE STOPY CUKRZYCOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **138** | **WYMAZ Z ODLEŻYNY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **139** | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **140** | **WYMAZ SPOD NAPLETKA**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **141** | **WYMAZ Z PRZEDSIONKA POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **142** | **WYMAZ POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **143** | **WYMAZ Z ODBYTU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **144** | **WYMAZ Z RURKI TRACHEOTOMIJNEJ**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **145** | **WYMAZ Z POCHWY (GBS)**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **146** | **WYMAZ Z ODBYTU (GBS)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **147** | **WYMAZ Z ODBYTU (SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |
| **148** | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ (MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **149** | **WYMAZ KANAŁU SZYJKI MACICY****(MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |  |
| **150** | **CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ANTYGEN GDH I TOKSYNA A/B W KALE)**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **151** | **CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTYGEN** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **152** | **POSIEW MOCZU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |  |
| **153** | **POSIEW KAŁU**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **154** | **POSIEW PLWOCINY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |  |
| **155** | **POSIEW NASIENIA**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **156** | **POSIEW ROPY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |  |
| **157** | **POSIEW PŁYNU STAWOWEGO**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **158** | **POSIEW KAŁU****(SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem  |  |  |  |  |  |
| **159** | **POSIEW/****WYMAZ INNY MATERIAŁ**  | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |
| **BADANIA MYKOLOGICZNE Orientacyjna ilość badań w okresie 24 miesięcy : 150** |
| **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 wyznaczona wg Google Maps** | **Czas oczekiwania na wynik** |
| **160** | **BADANIE MYKOLOGICZNE WYSKROBIN SPOD PAZNOKCI** |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |

Wartość pakietu:………………………………………..

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **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**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Badanie histopatologiczne 1 wycinka** | 5000 |  |  |  |  |  |
| 2 | **Badania immunohistochemiczne** | 100 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **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**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **BADANIE CYTOLOGICZNE (SZYJKA MACICY)** | 6 000 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **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**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **BADANIE CYTOLOGICZNE MOCZU** | 4 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**  | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Opracowanie preparatu w kierunku prątków gruźlicy** | 20 |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 2 | **Preparat CITO w kierunku prątków gruźlicy** | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | **Posiew w kierunku gruźlicy na podłożu L-J i Stonebrinka (w tym preparat)** | 20 |  |  |  |  |  |
| 4 | **Lekowrażliwość na 4 podstawowe leki p/prątkowe metodą tradycyjną** | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | **Lekowrażliwość rozszerzona + testy dla mykobakterii atypowych i opornych szczepów M. tuberculosis (metoda tradycyjna)** | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | **Posiew na podłożu BACTEC MGIT 960 (plwocina, wycinek, ropa, wyskrobiny, płyny ustrojowe, popłuczyny oskrzelowe itp.)** | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | **Lekowrażliwość w czułym systemie hodowlanym (4 podstawowe leki p/prątkowe)** | 10 |  |  |  |  |  |
| 8 | **Lekowrażliwość na PZA** | 10 |  |  |  |  |  |
| 9 | **Test QuantiFERON-TB GOLD IT (badanie z krwi w kierunku wykrywania zakażenia latentnego prątkiem gruźlicy)** | 1 |  |  |  |  |  |
| 10 | **Test QuantiFERON-TB GOLD IT (badanie z krwi w kierunku wykrywania zakażenia latentnego prątkiem gruźlicy) - tryb "cito"** | 1 |  |  |  |  |  |
| 11 | **Badanie genetyczne w kierunku M. tuberculosis complex** | 1 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Nasienia – badanie fizyko-morfologiczne** | 10 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Kolposkopia** | 10 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **BAC tarczycy (pobrani i badanie materiału)** | 200 |  |  |  |  |
| 2 | **BAC cienkoigłowa narządu (pobranie i badanie materiału)** | 40 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Echokardiografia przezprzełykowa TEE** | 10 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Urografia** | 10 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Badanie urodynamiczne** | 40 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Kapilaroskopia** | 40 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Próba potowa** | 10 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Bodypletyzmografia** | 20 |  |  |  |  |
| 2 | **Dyfuzja gazów DLCO** | 20 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 15** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto** **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Badanie psychologiczne dla kierowców pojazdów służbowych kat. B, T** | 50 |  |  |  |  |
| 2 | **Badanie psychologiczne dla operatorów wózków akumulatorowych** | 5 |  |  |  |  |
| 3 | **Badanie psychologiczne do pracy na wysokości** | 5 |  |  |  |  |
| 4 | **Badanie psychologiczne dla operatorów sprzętu budowlanego** | 5 |  |  |  |  |
| 5 | **Badanie psychologiczne dla operatorów suwnic** | 5 |  |  |  |  |
| 6 | **Ocena widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie**  | 30 |  |  |  |  |
| 7 | **Badania psychotechniczne kierowców – pojazdy uprzywilejowane** | 15 |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:…………………………