Załącznik nr 3

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (badania zlecane na zewnątrz)**

|  |  |
| --- | --- |
| **WARUNKI WYMAGANE** | |
| 1. Termin wykonania pojedynczego badania nie może być dłuższy niż określono w załączniku opisującym pakiety badań, licząc od daty odbioru materiału do badania przez Wykonawcę do dnia dostarczenia wyniku w formie pisemnej lub elektronicznej. | Proszę potwierdzić spełnienie warunku  ……………………  ***(Proszę uzupełnić)*** |
| 1. Wykonawca dołączy do oferty, posiadane certyfikaty kontroli (EMQN lub innej jednostki przeprowadzającej kontrolę zewnątrzlaboratoryjną) na wykonywane badania i/lub certyfikaty kontroli na stosowane metody badań zawartych w pakiecie. | Proszę opisać i dołączyć do oferty  ……………………….  ***(Proszę uzupełnić)*** |
| 1. Aparatura, sprzęt medyczny oraz pomieszczenia wykorzystywane przez Wykonawcę do wykonywania badań spełniają wymogi wynikające z obowiązujących przepisów. | Proszę potwierdzić spełnienie warunku i opisać  ………………………….  ***(Proszę uzupełnić)*** |
| * Badania będą wykonywane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach przewidzianych odpowiednimi obowiązującymi przepisami, * Badania aCGH będą wykonywane przez ośrodek z odpowiednim doświadczeniem – wykonujący co najmniej 200 badań rocznie, * Wykrywanie delecji/duplikacji o wielkości co najmniej 150 kpb. | Proszę potwierdzić spełnienie warunku i opisać  ………………………..  ***(Proszę uzupełnić)*** |
| 1. Wykonawca nie zleci wykonywania badań osobie trzeciej bez zgody Zamawiającego wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności umowy. | Proszę potwierdzić  ……………………….  ***(Proszę uzupełnić)*** |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do interpretacji klinicznej wyników opracowanej przez specjalistę w dziedzinie genetyki klinicznej/specjalistę w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej lub nadzór medyczny (specjaliści w zakresie genetyki klinicznej/laboratoryjnej genetyki medycznej) | Proszę potwierdzić i podać nr telefonu  ……………………..  ***(Proszę uzupełnić)*** |
| 1. Wykonawca poda dane dotyczące wykonywanych badań według załączonej tabeli uwzględniając podane w niej warunki. | Proszę potwierdzić i opisać  ………………….  ***(Proszę uzupełnić)*** |
| 1. Zamawiający będzie miał możliwość przeprowadzenia audytu weryfikującego jakość wykonywanych badań objętych ofertą. | Proszę potwierdzić  ……………………  ***(Proszę uzupełnić)*** |

* Procentowe znaczenie kryteriów: Cena - 100%
* Ocenie będzie podlegać kryterium: Cena – najtańsza oferta jest najkorzystniejsza