**Załącznik nr 4 – Zestawienie Pakietów Badań**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PAKIET NR 1** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | | Koszt badań | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze) | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **Przeciwciała anty-Aspergillus IgG** | 30 |  | |  | ELISA |  | surowica | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Antygen krążący Aspergillus (Galaktomannan)** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica / BAL | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | **Przeciwciała anty-Candida IgG/ IgM/ IgA** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 4 | **Antygen Candida (Mannan) w surowicy** | 30 |  | |  | ELISA |  | surowica / BAL | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 5 | **Subpopulacjie limfocytów T i limfocytów B** | 30 |  | |  | cytometria przepływowa |  | krew pełna EDTA | 2 dni |  | Materiał powinien być dostarczony do laboratorium wykonującego badanie w ciągu 24 h |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 6 | **IgG4 - poziom - podklasy immunoglobuliny G** | 50 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 7 | **Przeciwciała cytotoksyczne w reakcji panelowej (PRA)** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 2 dni |  | Materiał powinien być dostarczony do laboratorium wykonującego badanie w ciągu 24 h |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 8 | **Aminy katecholowe w moczu (noradrenalina, adrenalina, dopamina)** | 20 |  | |  | HPLC |  | DZM | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 9 | **Metabolity amin katecholowych w moczu (kwas wanilino-migdałowy, kwas homowanilinowy, kwas 5-hydroksyindolooctowy)** | 15 |  | |  | HPLC |  | DZM | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 10 | **Metoksykatecholaminy w moczu (normetanefryna, metanefryna, 3-metoksytyramina)** | 15 |  | |  | HPLC |  | DZM | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 11 | **Kwas mlekowy** | 5 |  | |  |  |  | osocze | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 12 | **HLA B-27** | 10 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 13 | **Profil aminokwasów (aminogram)** | 40 |  | |  | LC MS / MS |  | osocze, PMR | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 14 | **Tryptaza** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 15 | **Aldosteron** | 25 |  | |  | RIA |  | surowica, mocz | 28 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 16 | **Renina (aktywność reninowa osocza)** | 10 |  | |  | RIA |  | osocze | 28 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 17 | **Kepra (Levetiracetam)** | 150 |  | |  | EIA |  | surowica | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 18 | **Etosuksimid (Petinimid)** | 20 |  | |  | EIA |  | surowica | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 19 | **Fenytoina** | 10 |  | |  | EIA |  | surowica | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 20 | **Oxcarbazepina** | 40 |  | |  | EIA |  | surowica | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | |  | …………………………………. | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  | **Uwagi:** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie nazwy podwykonawcy, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | **PAKIET NR 2** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | Koszt badań | | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze) | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **ACTH** | 50 |  |  | |  |  | osocze | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Cholinesteraza** | 30 |  |  | |  |  | surowica | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | **Insulina** | 20 |  |  | |  |  | surowica | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 4 | **Peptyd C** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 5 | **Kortyzol** | 50 |  |  | |  |  | surowica | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 6 | **Erytropoetyna** | 5 |  |  | |  |  |  | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 7 | **Kwasy żółciowe (ilościowo)** | 150 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 8 | **Miedź w surowicy** | 60 |  |  | |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 9 | **Miedź w moczu** | 50 |  |  | |  |  | mocz | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 10 | **Miedź w DZM** | 20 |  |  | |  |  | DZM | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 11 | **NSE (swoista enolaza neuronowa)** | 10 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 12 | **Prolaktyna** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 13 | **Serotonina** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 14 | **Tyreoglobulina** | 15 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 15 | **Kalcytonina** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 16 | **Transferyna** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 17 | **FSH** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 18 | **LH** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 19 | **Testosteron** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 20 | **17-OH Progesteron** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 21 | **Progesteron** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 22 | **Estradiol** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 23 | **L-Karnityna** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 24 | **Chromogranina** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 25 | **Aldolaza** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 26 | **ACE (enzym konwertujący angiotensynę)** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 27 | **Norepinefryna (Noradrenalina)** | 100 |  |  | |  |  | osocze krwi | 21 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 28 | **Witamina A** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 29 | **Witamina E** | 10 |  |  | |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 30 | **Witamina B1** | 5 |  |  | |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | |  | …………………………………. | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Uwagi:** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie nazwy podwykonawcy, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | **PAKIET NR 3** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | | Koszt badań | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze) | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **Przeciwciała p/ gliście ludzkiej IgG (Ascaris lumbricoides)** | 100 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Przeciwciała p/ gliście ludzkiej IgE sp.P1 - (Ascaris lumbricoides)** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | **Bordetella pertusis IgA (Krztusiec)** | 10 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 4 | **Bordetella pertusis IgM (Krztusiec)** | 10 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 5 | **CMV IgG - awidność** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 6 | **Przeciwciała anty-HDV (anty-delta)** | 20 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 7 | **HDV RNA** | 5 |  | |  |  |  |  | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 8 | **HEV IgM** | 15 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 9 | **HEV IgG** | 15 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 10 | **Helicobacter pylori - IgA** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 11 | **Helicobacter pylori -IgG** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 12 | **Lekooporność HBV DNA na lamiwudynę** | 5 |  | |  | met. PCR |  |  | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 13 | **BKV DNA** | 10 |  | |  | met. PCR |  |  | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 14 | **Lekooporność HBV DNA na entekawir** | 10 |  | |  | met. PCR |  |  | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 15 | **Toksokaroza awidność** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 16 | **Toxocara canis IgG (toksokaroza)** | 200 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 17 | **Toxocara canis i cati - IgA** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 18 | **Toxocara canis i cati - IgG** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 19 | **Toxoplasma gondii (jakościowo) PCR** | 5 |  | |  | met. PCR |  |  | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 20 | **Toxoplasma gondii IgA** | 80 |  | |  |  |  | surowica | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 21 | **Giardia lamblia IgM i IgG** | 5 |  | |  | IIF |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 22 | **Yersinia enterocolitica i pseudotuberculosis IgA** | 5 |  | |  | Elisa |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 23 | **Yersinia enterocolitica i pseudotuberculosis IgG** | 5 |  | |  | Elisa |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 24 | **Yersinia enterocolitica i pseudotuberculosis IgG, IgM, IgA** | 5 |  | |  | Elisa |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 25 | **Tularemia (Francisella tularensis) - IgA, IgG, IgM** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 26 | **Zespół Gilberta (gen UGT1A1 - najczęstsza mutacja)** | 20 |  | |  | met. PCR |  |  | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | |  | …………………………………. | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  | **Uwagi:** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie nazwy podwykonawcy, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PAKIET NR 4** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | | Koszt badań | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze) | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **Anty -MAG - przeciwciała przeciw glikoproteinom mieliny** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 21 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Anty-GAD IgG - ilościowo (P/ciała p/dekarboksylazie kw.glutaminowego)** | 20 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | **Przeciwciała p/Saccharomyces cerevisiae IgA (ASCA) - p/drożdżom piekarskim** | 5 |  | |  | IIF |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 4 | **Przeciwciała p/endomysium IgG, IgA (łącznie)** | 20 |  | |  | IIF |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 5 | **Przeciwciała p/endomysium IgG** | 10 |  | |  | IIF |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 6 | **Przeciwciała p/endomysium IgA** | 30 |  | |  | IIF |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 7 | **Przeciwciała p/endomysium i gliadynie IgA, IgG (łącznie)** | 30 |  | |  | IIF |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 8 | **Przeciwciała p/deaminowanej gliadynie (DGP) IgG** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 9 | **Przeciwciała p/fosfatydyloinozytolowi IgG, IgM (łącznie)** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 10 | **Przeciwciała p/fosfatydyloserynie IgG, IgM (łącznie)** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 11 | **Przeciwciała p/protrombinie IgG, IgM (łącznie)** | 5 |  | |  | ELISA |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 12 | **Przeciwciała p/receptorom acetylocholiny (anty-ACTHR)** | 50 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 13 | **Przeciwciała p/kinazie tyrozynowej spec.dla mięśni (anty-MuSK)** | 20 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 14 | **Przeciwciała p/transglutaminazie tkankowej IgG, IgA (łącznie)** | 20 |  | |  | ELISA |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 15 | **Przeciwciała p/transglutaminazie tkankowej IgG (anty-tGT)** | 50 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 16 | **Przeciwciała p/transglutaminazie tkankowej IgA (anty-tGT)** | 150 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 17 | **Przeciwciała p/receptorowi NMDA** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 18 | **Przeciwciała p/akwaporynie 4** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 19 | **Przeciwciała przeciw MOG i akwaporynie 4** | 100 |  | |  | IIF |  | surowica / PMR | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 20 | **Przeciwciała p/kanałom wapniowym anty-VGCC** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 21 | **Ab p/receptorowi fosfolipazy A2 (PLA2R) - met. IF** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 22 | **Przeciwciała p/gangliozydowi GM1 - IgM** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 23 | **Przeciwciała p/korze nadnerczy** | 5 |  | |  | IIF |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 24 | **Przeciwciała p/ titinie** | 5 |  | |  |  |  | surowica | 21 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 25 | **Anaplasma phagocytophilum IgG** | 5 |  | |  | IIF |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 26 | **Anaplasma phagocytophilum IgM** | 5 |  | |  | IIF |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 27 | **TRAb** | 30 |  | |  |  |  | surowica | 10 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | |  | …………………………………. | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Uwagi:** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie nazwy podwykonawcy, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | **PAKIET NR 5** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | | Koszt badań | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze) | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **Odczyn kiłowy swoisty TPHA (surowica)** | 20 |  | |  |  |  | surowica | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Odczyn kiłowy TPHA (PMR)** | 10 |  | |  |  |  | surowica | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | **Odczyn kiłowy VDRL** | 20 |  | |  |  |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | |  | …………………………………. | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  | **Uwagi:** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie stosownej treści, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PAKIET NR 6 (całodobowa dostępność dla poz. 6)** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | | Koszt badań | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | Maksymalny czas oczekiwania na wynik | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **Identyfikacja przeciwciał anty HLA kl. I i II** | 50 |  | |  | technika Luminex |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Oznaczanie specyficzności przeciwciał anty HLA klasy I** | 50 |  | |  | technika Luminex |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 3 | **Oznaczanie specyficzności przeciwciał anty HLA klasy II** | 50 |  | |  | technika Luminex |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 4 | **Próba krzyżowa przed przeszczepieniem narządu (met. cytometrii przepływowej)** | 50 |  | |  | cytometria przepływowa |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 5 | **Próba krzyżowa przed przeszczepieniem narządu (met. CDC)** | 50 |  | |  | met.CDC |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | 2 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 6 | **Dobór dawca-biorca do przeszczepu narządowego** | 50 |  | |  | typowanie molekularne, próba krzyżowa metodą serologiczną |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | 1 dzień |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 7 | **Bankowanie komórek do retrospektywnej próby krzyżowej** | 50 |  | |  |  |  | węzły chłonne lub śledziona dawcy | 1 dzień |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 8 | **Typowanie HLA-AB DR** | 10 |  | |  | molekularna |  | surowica biorcy, krew pełna lub węzły chłonne lub śledziona dawcy | 5 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 9 | **Typowanie tkankowe HLA - ABC DR DQ** | 10 |  | |  | molekularna |  |  | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 10 | **Typowanie tkankowe molekularne HLA-C** | 10 |  | |  | molekularna |  |  | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 11 | **Typowanie molekularne HLA-DQ** | 10 |  | |  | molekularna |  |  | 3 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 12 | **Ocena lityczności przeciwciał anty\_HLA klasa I (wiązanie C1q)** | 10 |  | |  | technika Luminex |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 13 | **Ocena lityczności przeciwciał anty\_HLA klasa II (wiązanie C1q)** | 10 |  | |  | technika Luminex |  | surowica | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 14 | **Chemiluminescencja** | 15 |  | |  |  |  |  | 7 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | |  | …………………………………. | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  | **Uwagi:** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie stosownej treści, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | **PAKIET NR 7** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p. | Rodzaj badania | Ilość na 2 lata | Cena jednego badania | | Koszt badań | Metoda | Wartości referencyjne | Materiał | Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze) | Temperatura  i czas przechowywania próbki | Dodatkowe wymagania dotyczące przygotowania pacjenta, pobierania  i przechowywania próbki | Zamierzam powierzyć podwykonawcy**\*** | Dokument poświadczający kontrolę zewnątrzlaboratoryjną. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | **Toksoplazmoza wrodzona - profil porównawczy IgG (matki i dziecka)** | 50 |  | |  | Western Blot |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| 2 | **Toksoplazmoza wrodzona - profil porównawczy IgG i IgM (matki i dziecka)** | 30 |  | |  | Western Blot |  | surowica | 14 dni |  |  |  | TAK/NIE strona oferty …………. |
| **Wartość pakietu** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena pakietu jest ceną brutto, obejmująca wszystkie rabaty i upusty i traktowana jest jako ostateczna do zapłaty przez Zamawiającego | | | | | |  | Kraków, dnia ………………………….. | | |  | …………………………………. | |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | podpis osoby uprawnionej | |  |
|  | **Uwagi:** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\*** wypełnić, poprzez wpisanie stosownej treści, wykreślenie lub wpisać "nie dotyczy" | | | | | | | |  |  |  |  |  |