FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

kod pocztowy ……..…….…… miejscowość ……..……...……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej ……..……

W załączeniu przedkładam:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Zaświadczenie o wpisie do CEIDG lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu Numeru Identyfikacji Podatkowej „NIP” oraz numeru „REGON”.

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Proponowana kwota należności za:

Lp.	Nazwa badania	planowana liczba świadczeń w okresie 12 miesięcy	proponowany czas oczekiwania na wynik (dni robocze) *	Materiał do badań	Cena brutto proponowana przez Przyjmującego Zamówienie	zakres badań genetycznych – typ **	Wartość
1.	badanie mutacji BRCA1 i BRCA2 techniką NGS pełna sekwencja kodująca genów BRCA1 i BRCA2 (wszystkie mutacje germinalne)	70		krew		3	
2.	badanie mutacji BRCA1 i BRCA2 techniką NGS pełna sekwencja kodująca genów BRCA1 i BRCA2 (wszystkie mutacje germinalne i somatyczne)	150		materiał tkankowy guza		3	
3.	BRCA1: wybrane mutacje 5382insC (c.5266dupC); C61G (c.181T>G); 4153delA (c.4035delA); 185delAG (c.66_67delAG); 3819delGTAAA (c.66_67delAG) (pięć najczęstrzych mutacji germinalnych)	90		krew		1	
4.	BRCA2: wybrane mutacje c.7913_7917delTTCCT; p.F2638* c.9371A>T; p.N3124I	90		krew		1	

	+ ewentualnie najczęstsze w południowej Polsce : c.1310_1313delAAGA; p.K437Ifs*22; c.9403delC; p.L3135fs	95		krew		1	
5.	EGFR badanie mutacji raka płuca	190		bloczek parafinowy, preparat cytologiczny		1	
6.	EGFR badanie mutacji raka płuca	80		biopsja płynna		1	
7.	ALK-badanie rearanżacji genu ALK metodą FISH w raku płuca	165		bloczek parafinowy, preparat cytologiczny		2	
8.	EGFR+ALK łącznie raka płuca	120		bloczek parafinowy		2	
9.	mutacja T790M raka płuca kwalifikacja do terapii osymertynib	142		biopsja płynna		1	
10.	mutacja T790M raka płuca kwalifikacja do terapii osymertynib	12		bloczek parafinowy		1	
11.	KRAS i NRAS = BRAF - badanie mutacji w raku jelita	200		bloczek parafinowy		2	
12.	MSI - badanie niestabilności mikrosatelitarnej w raku jelita	40		bloczek parafinowy (materiał musi zawierać utkanie nowotworu i tkankę spoza guza lub krew		2	
13.	KIT - badanie mutacji GIST	65		bloczek parafinowy		1	
14.	KIT i PDGFRA - badanie mutacji GIST terapia uzupełniająca	50		bloczek parafinowy		2	
15.	BRAF - badanie mutacji V600 czułym testem qPCR czerniak	105		bloczek parafinowy, preparat cytologiczny		1	
16.	HER2 - badanie amplikacji metodą FISH rak piersi	220		bloczek parafinowy		1	
17.	kodelecja 1p/19q - badanie metodą FISH odpowiedź na terapię w oligodendroglioma	10		materiał tkankowy , bloczek parafinowy		2	
18.	MGMT - badanie metylacji promotora genu MGM odpowiedź na terapię w glioblastoma	20		materiał tkankowy, bloczek parafinowy		2	
						Wartość łączna	

*Czas wykonania badania liczy się od momentu zgłoszenia przez Udzielającego Zamówienia materiału do odbioru do otrzymania wyniku (fax, e-mail lub platforma elektroniczna – w tym przypadku konieczne powiadomienie faxem lub e-mailem o uwidocznieniu wyniku.

**zakres badań genetycznych zgodny z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 129/2016/DSOZ zmieniające Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

1. Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

2. W przypadku gdy jest to konieczne Wykonawca zapewnia właściwe opakowanie transportowe.

……..

(pieczątka i podpis Oferenta