

# ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Świętochłowicach Sp. z o.o.

ul. Chorzowska 38, 41-605 Świętochłowice  
tel. 032/245 50 41 do 5, tel/fax: 032/245 34 40  
Sąd Rejonowy Katowice-Wschód Wydział VIII Gospodarczy KRS  
Nr KRS: 0000426290  
Nr NIP: 627-16-69-770  
REGON: 000311450  
Wysokość kapitału zakładowego: 29.328.000,00 zł

Świętochłowice, 12.12.2013 r.

## ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie: **badan histopatologicznych i cytologicznych.**
2. Umowa zostanie zawarta na czas od 01 stycznia 2014 roku do 31 grudnia 2014 roku.
3. Ze szczegółowymi warunkami konkursu można się zapoznać w Dziale Organizacyjno – Prawnym – Biurze Zarządu Udzielającego Zamówienie lub na stronie www. w zakładce „ogłoszenia.”
4. Miejsce składania ofert: Sekretariat siedziby udzielającego zamówienie.
5. Termin składania ofert: 20.12.2013 r. godzina 15.00
6. Termin otwarcia ofert 23.12.2013 r.
7. Termin rozstrzygnięcia konkursu 23.12.2013 r.
8. Miejsce ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: strona internetowa Udzielającego Zamówienie: [www.zoz.net.pl](http://www.zoz.net.pl)
9. Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 23.12.2013 r.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
11. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania.

# REGULAMIN KONKURSU OFERT

## o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych

### I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 poz. 217.) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

### II. Definicje

Ilekróć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

- a) **Udzielającym Zamówienie** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- b) **przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych,
- c) **formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
- d) **oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
- e) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
- f) **oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
- g) oświadczenie o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiące **Załącznik nr 5**
- h) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiące **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,
- i) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

### III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych. Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: załączniku nr 6 – wzór umowy. Ilość badań uzależniona jest od ilości pacjentów i diagnoz wstępnych. Udzielający zamówienia będzie składał w ciągu trwania umowy zamówienia wg rzeczywistych potrzeb. Przewidywana roczna liczba badań śródoperacyjnych - 120 szt., badań histopatologicznych prowadzonych techniką parafinową z barwieniem - 5000 szt.

### IV Wymagany termin realizacji

01.01.2014 r. – 31.12.2014 r.

## **V Wymagania od oferentów**

Oferty mogą składać podmioty bądź osoby wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrami medycznymi, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia zdrowotne na najwyższym, możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów,
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń,
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta spełniających wymogi sanitarne i p. poż., w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki rejestracji pacjentów, oczekiwania i świadczeń zdrowotnych,
- w lokalach oferenta istnieje możliwość wykonywania następujących badań:
  - a) badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem HE,
  - b) badanie śródoperacyjne wykonania techniką mrożeniową
  - c) badania immunohistochemiczne
  - d) barwienie wybiórcze
  - e) oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych
  - f) oznaczenie Her-receptora
  - g) badanie cytologiczne płynów/popłuczyn
  - h) cytologia ginekologiczna
  - i) badanie cytologiczne cell-block
  - j) konsultacja gotowych preparatów
  - k) biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG

## **VI Termin związania ofertą**

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

## **VII Zawartość oferty**

Oferta musi zawierać

- a) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
- b) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
- c) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
- d) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
- e) oświadczenie o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych - Załącznik nr 5
- f) zaakceptowany – załącznik nr 6,
- g) oświadczenie oferenta o posiadaniu właściwych uprawnień, aparatury i sprzętu medycznego oraz personelu niezbędnych do realizacji zamówienia, które powinno być wykonywane terminowo zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.

## **VIII Informacje dotyczące warunków składania ofert**

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
4. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
5. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.

- **opis koperty:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Chorzowska 38  
41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych .

data .....  
nazwa i adres oferenta .....

**IX Miejsce i termin składania ofert:**

1. Oferty należy składać w sekretariacie siedziby udzielającego zamówienie do dnia 20.12.2013 r. do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

**X Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: 23.12.2013 r.

**XI Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:**

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o.o. ([www.zoz.net.pl](http://www.zoz.net.pl));
- tablica ogłoszeń udzielającego zamówienia.

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 23.12.2013 r.

**XII Kryteria oceny ofert:**

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który proponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
3. cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku

**XIII Skargi i protesty**

Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga zgodnie z art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013, poz. 217).

**XIV Dodatkowe informacje**

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania.

Pracownik Zespołu  
Dariusz Włodarczyk



**FORMULARZ OFERTOWY  
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu ..... 2013 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290.

1. Podstawa prawna:
  - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013, poz. 217)
  - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. Data złożenia oferty: .....2013 roku.
3. Proponowana kwota należności:

| L. p. | Rodzaj badania  | Cena jednostkowa brutto badania w zł. | Średni czas wykonania badania                |
|-------|---|---------------------------------------|--|
| 1     | badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem | .....<br>słownie (.....)              | ..... godzin/dni*<br>na cito.....godzin/dni* |
| 2     | badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową                   | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 3     | badania immunohistochemiczne  | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 4     | barwienie wybiórcze   | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 5.    | oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych                | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 6.    | oznaczenie her-receptorów   | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 7.    | badanie cytologiczne płynów/popłuczyn                                 | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 8.    | badanie cytologiczne cell-block                                       | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 9.    | cytologia ginekologiczna  | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 10.   | konsultacja gotowych preparatów                                       | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 11.   | Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG                                 | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Dane oferenta</b> |  |
|                      | <p>Nazwa i siedziba podmiotu / imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Adres: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Numer wpisu do właściwego rejestru:.....</p> <p>Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....</p> |

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Podpis i pieczęć oferenta</b> |  |
|----------------------------------|--|



**OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA**

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu .....

Adres.....

NIP ..... REGON .....

Tel. kontaktowy .....

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem .....
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do\*:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- Nie dotyczy

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

\* wypełnić właściwe

**OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu .....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopia aktualnej polisy / polis OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 7 dni od daty podpisania umowy.





OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.



**OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko/Nazwa prowadzonej działalności .....

Adres .....

Oświadczam, iż w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszym postępowaniu oraz iż, w przypadku zawarcia umowy określonej w załączniku nr 7 nie zawrę odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Data.....

.....

Podpis/pieczęć oferenta

Podstawa prawna: art.132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 – t. j. z późn.zm)

- WZÓR UMOWY -  
UMOWA ...../ORG/P/2013

**O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**  
Zawarta dnia ..... roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego

Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: **Udzielającym Zamówienia.**

a

.....  
z siedzibą w ..... kod ( - ), przy ulicy.....  
wpisanym do .....prowadzonym przez .....  
pod numerem: .....  
reprezentowanym przez:

zwanego w dalszej części umowy: **Przyjmującym Zamówienie.**

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  **badań histopatologicznych i cytologicznych.**

**§ 2**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w § 1 oraz, że badania wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia
4. Przyjmujący Zamówienie wyraża gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.
5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

6. Przyjmujący zamówienie oświadcza iż, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej nie ma zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszej umowie oraz, iż nie zawarł odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia

### § 3

Świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż 2 osoby.

### § 4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 jest indywidualne skierowanie/zlecenie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienia bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w ..... przy ul. .... w terminie uzgodnionym z Udzielającym Zamówienie.
4. Do transportu materiału do badań objętych niniejszą umową i odbioru wyników badań zobowiązany jest Przyjmujący Zamówienie. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się przesłanie wyniku faksem.

### § 5

1. Cennik badań histopatologicznych i cytologicznych stanowi załącznik numer 1 do niniejszej umowy będący jej integralną częścią.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto i stanowią podstawę do obliczenia zapłaty za przedmiot umowy.

### § 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następowała w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury pod rygorem zapłaty odsetek ustawowych.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

### § 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.

- Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez jedną ze stron pomimo dwukrotnego pisemnego upomnienia.

#### § 8

- Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zachowania w tajemnicy postanowień i brzmienia niniejszej umowy.
- W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać od przyjmującego zamówienie zapłaty kary umownej w wysokości 5.000 zł.
- Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku naruszenia zakazu określonego w § 6 ust. 5.

#### § 9

Umowa została zawarta na okres od 01 stycznia 2014 roku do 31 grudnia 2014 roku.

#### § 10

Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

#### § 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

#### § 12

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

#### § 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Przyjmujący Zamówienie**

**Udzielający Zamówienia**

Przewodniczący Zarządu  
Dariusz Skarżewski

Wiceprezes Zarządu  
Dariusz Skarżewski

## Załącznik nr 1 do umowy ...../ORG/P/2013

| L. p. | Rodzaj badania  | Cena jednostkowa brutto badania w zł. | Średni czas wykonania badania                |
|-------|---|---------------------------------------|--|
| 1     | badanie histopatologiczne prowadzone techniką parafinową z barwieniem | .....<br>słownie (.....)              | ..... godzin/dni*<br>na cito.....godzin/dni* |
| 2     | badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową                   | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 3     | badania immunohistochemiczne  | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 4     | barwienie wybiórcze   | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 5.    | oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych                | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni*                             |
| 6.    | oznaczenie her-receptorów   | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 7.    | badanie cytologiczne płynów/popłuczyn                                 | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 8.    | badanie cytologiczne cell-block                                       | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 9.    | cytologia ginekologiczna  | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 10.   | konsultacja gotowych preparatów                                       | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |
| 11.   | Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG                                 | .....<br>słownie (.....)              | .....godzin/dni                              |

