

Świętochłowice, dn.06.10.2014

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

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań histopatologicznych i cytologicznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**
2. Umowa zostanie zawarta na czas od 01 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku
3. Ze szczegółowymi warunkami konkursu można się zapoznać w Dziale Organizacyjno – Prawnym– Biurze Zarządu Udzielającego Zamówienie lub na stronie internetowej w zakładce „ogłoszenia”.
4. Miejsce składania ofert: Sekretariat siedziby udzielającego zamówienie.
5. Termin składania ofert: 05.11.2014 r. godzina 15.00
6. Termin otwarcia ofert 07.11.2014 r.
7. Termin rozstrzygnięcia konkursu 07.11.2014 r.
8. Miejsce ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: strona internetowa Udzielającego Zamówienie: www.zoz.net.pl
9. Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 07.11.2014 r.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.

ul. Chorzowska 38
41-605 Świętochłowice
tel. 32/245 50 41 do 5
tel./fax: 32/245 34 40

Sąd Rejonowy Katowice-Wschód
Wydział VIII Gospodarczy KRS
Nr KRS: 0000426290

Nr NIP: 627-16-69-770
REGON: 000311450
Wysokość kapitału zakładowego: 31 670 000,00 zł

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

Ileokroć 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.

IV Wymagany termin realizacji

01.01.2015 r. – 31.12.2015 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 kadrą medyczną, 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 05.11.2014 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: 07.11.2014 r.

XI Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

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

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 07.11.2014 r.

XII Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje 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.

**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 2014 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:2014 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	..... słownie (.....)	..... godzin/dni* na cito.....godzin/dni*
2	badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
3	badania immunohistochemiczne	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
4	barwienie wybiórcze	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
5.	oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
6.	oznaczenie her-receptorów	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
7.	badanie cytologiczne płynów/popłuczyn	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
8.	badanie cytologiczne cell-block	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
9.	cytologia ginekologiczna	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
10.	konsultacja gotowych preparatów	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
11.	Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG	..... słownie (.....)	.....godzin/dni

Dane oferenta	
	<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:

.....

Podpis i pieczęć oferenta	
----------------------------------	--



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.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta



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 podpiszę umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

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 zawarę 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 SWIADCZENIA 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 doprowadzonym 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 Zmówienie 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 zobowiązuje się do poddania kontroli właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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 zawarze 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.
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.

2. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 8

1. 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.
2. 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.
3. 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 roku do 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

Prezes Zarządu
Dariusz Skłodowski

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	..... słownie (.....)	..... godzin/dni* na cito.....godzin/dni*
2	badania śródoperacyjne wykonane techniką mrożeniową	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
3	badania immunohistochemiczne	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
4	barwienie wybiórcze	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
5.	oznaczenie receptorów estrogenowych i progesteronowych	..... słownie (.....)	.....godzin/dni*
6.	oznaczenie her-receptorów	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
7.	badanie cytologiczne płynów/popłuczyn	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
8.	badanie cytologiczne cell-block	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
9.	cytologia ginekologiczna	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
10.	konsultacja gotowych preparatów	..... słownie (.....)	.....godzin/dni
11.	Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG	..... słownie (.....)	.....godzin/dni

