**Załącznik nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arkusz asortymentowo-cenowy** | | | | | | | |
| Wymagania: 1) Próbki krwi do badań immunohematologicznych przyjmowane są 24 h na dobę przez 7 dni w tygodniu, po uprzednim telefonicznym zgłoszeniu. 2) Badanie zlecone w trybie pilnym wykonywane jest w dniu dostarczenia próbki do badań, natomiast badanie zlecone w trybie normalnym wykonywane jest w dniu dostarczenia próbki lub dniu następnym. 3) Próbka krwi wraz ze zleceniem na wykonanie badania dostarczana jest przez upoważnioną przez Zleceniodawcę osobę. 4) Każdy wynik badania zaopatrzony jest w czytelny podpis i pieczątkę osoby wykonującej badanie oraz czytelny podpis i pieczątkę diagnosty laboratoryjnego upoważnionego do autoryzacji wyniku badania. 5) Trzy egzemplarze wyniku badania umieszczane są w zamkniętej kopercie opisanej nazwiskiem i imieniem pacjenta, numerem badania i adresem Zleceniodawcy. Wyniki badań obierane są przez osobę upoważnioną przez Zleceniodawcę. 6)W przypadku badań wykonywanych w trybie pilnym, wyniki mogą być przekazywane drogą elektoniczną, w postaci zaszyfrowanego pliku na adres email Zleceniodawcy. 7) Badania muszą być wykonywane przez ośrodki zlokalizowane w pobliżu jednostek zlecających.  8) Do badań konsultacyjnych umożliwiających wydanie wyniku badania grupy krwi należy pobrać dwie próbki na skrzep (4-6 ml) i jedną próbkę na wersenian (2-5ml). W przypadku podejrzenia obecności autoprzeciwciał należy pobrać dodatkowo jedną próbkę na skrzep (4-6ml) i jedną próbkę na wersenian (2-5ml). Próbki winny być opisane drukowanymi literami (nazwisko, imię, PESEL oraz data i godzina pobrania próbki krwi).  Do wykonania próby zgodności w ramach badania konsultacyjnego należy pobrać jedną probówkę na skrzep (4-6ml). Probówka winna być opisana drukowanymi literami (nazwisko, imię, PESEL oraz datą i godzinę pobrania).  9) Wyniki badań przekazywane będą Zleceniodawcy elektronicznie lub będą odbierane osobiście. | | | | | | | |
| **L.p.** | **Nazwa badania** | **Ilość** | **JM** | **Cena** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| 1 | Oznaczenie grupy AB0 i Rh | 10 | badanie |  | - | zw. | - |
| 2 | Oznaczenie fenotypu układu Rh met. probówkową | 5 | badanie |  | - | zw. | - |
| 3 | Oznaczenie fenotypu Rh mikrotestem kolumnowym firmy Dia-Med. ID | 5 | badanie |  | - | zw. | - |
| 4 | Oznaczenie grupy układu AB0 mikrotestem kolumnowym firmy Dia-Med. ID | 5 | badanie |  | - | zw. | - |
| 5 | Przeglądowe badania w kierunku przeciwciał odpornościowych mikrotestem  kolumnowym firmy: Dia-Med. ID. NaCl/Enzym | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 6 | Przeglądowe badania w kierunku przeciwciał odpornościowych mikrotestem  kolumnowym firmy: Dia-Med. ID. PTA Liss/Coombs | 5 | badanie |  | - | zw. | - |
| 7 | Identyfikacja przeciwciał w teście enzymatycznym LEN | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 8 | Identyfikacja przeciwciał w teście PTA-LISS | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 9 | Identyfikacja przeciwciał w teście PTA-PEG | 1 | badanie |  | - | zw. | - |
| 10 | Identyfikacja przeciwciał mikrotestem kolumnowym firmy:  Dia-Med. ID. NaCl/Enzym | 1 | badanie |  | - | zw. | - |
| 11 | Identyfikacja przeciwciał mikrotestem kolumnowym firmy:  Dia-Med. ID. PTA Liss/Coombs | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 12 | Identyfikacja przeciwciał mikrotestem kolumnowym firmy:  Dia-Med. ID. PTA-IgG | 1 | badanie |  | - | zw. | - |
| 13 | Wykonanie bezpośredniego testu antyglobulinowego (BTA) mikrotestem kolumnowym firmy: Dia-Med. ID. Liss/Coombs | 5 | badanie |  | - | zw. | - |
| 14 | Wykonanie bezpośredniego testu antyglobulinowego (BTA) mikrotestem kolumnowym firmy: Dia-Med. ID. DC screening | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 15 | Oznaczenie antygenu D słabe | 5 | badanie |  | - | zw. | - |
| 16 | Oznaczenie antygenów krwinek czerwonych z różnych układów grupowych metodą probówkową | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 17 | Oznaczenie antygenów krwinek czerwonych z różnych układów grupowych mikrotestem kolumnowym firmy Dia-Med. ID | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 18 | Oznaczenie miana zimnych aglutynin | 1 | badanie |  | - | zw. | - |
| 19 | Wykonanie eluatu glicynowego | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| 20 | Wykonanie eluatu metodą Landsteinera | 2 | badanie |  | - | zw. | - |
| Wykonywanie badania od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00-06.00 oraz soboty, niedziele i święta cała doba - dodatkowo 40% ceny badania | | | | | | | |
| **RAZEM:** | | | | | **-** |  | **-** |
|  |  |  |  |  | ……………………………………………… (data i podpis Oferenta) | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |