FORMULARZ OFERTY

Konkurs ofert na realizację poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych od 01 stycznia 2022 roku.

Tabela 1. Dane o oferencie

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa podmiotu leczniczego |  |
| Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Adres miejsca lub miejsc wykonywania działalności objętej przedmiotem konkursu (tj. adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jeśli dotyczy) |  |
| Numery telefonów i faksów wraz z numerem kierunkowym  |  |
| Adres e-mail |  |
| Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu | w konkursie |  |
| do zawarcia umowy |  |
| Nr rejestru sądowego z podaniem nazwy i siedziby sądu (KRS, jeśli dotyczy) |  |
| Nr rejestru podmiotu leczniczego i wskazanie, przez kogo rejestr jest prowadzony |  |
| Organ założycielski |  |
| Nr konta bankowego |  |
| Statut podmiotu | (w załączeniu) |

**Tabela 2. Wskaźniki i wartości ofertowe.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu (oferenta/świadczeniodawcy) |  |
| Liczbę pacjentów dla których wnioskowano o dobór niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawcówkomórek krwiotwórczych w 2020 roku. |  |
| Liczba pacjentów dla których oferent proponuje zrealizować objęte konkursem świadczenie zdrowotne w okresie od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. w ramach umowy z Poltransplantem. |  |
| Oferta cenowa – cena zaproponowana przez oferenta Cof (zgodnie z Tabelą 3)1. uzyskanie wyniku typowania potwierdzającego dawcy i biorcy
2. koszty administracyjno-koordynacyjne oferenta
3. Cof wynosi łącznie pozycja 1.+2.
 | 1. |
| 2. |
| 3. |

**Tabela 3. Cennik - ceny cząstkowe czynności związanych z realizacją procedury poszukiwania i doboru niespokrewnionych i/lub haploidentycznych dawców komórek krwiotwórczych.**

1. (Biorca i Dawca)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **BIORCA**
 | **RAZEM\*:** |
| TYPOWANIE na niskim poziomie rozdzielczości |
| **Locus** | Koszt (zł) |   |
| **HLA A\***  |  |
| **HLA B\*** |  |
| **HLA C\*** |  |
| **HLA DRB1\*** |  |
| **HLA DQB1\*** |  |
| **SUMA** |  |
| TYPOWANIE na wysokim poziomie rozdzielczości |
| **Locus** | Koszt (zł) |
| **HLA A\***  |  |
| **HLA B\*** |  |
| **HLA C\*** |  |
| **HLA DRB1\*** |  |
| **HLA DQB1\*** |  |
| **czynności doborowe** w tym ekspertyza (ocena szans na dobór i określenie ścieżki doboru) – **jeżeli nie zostały wliczone w koszty typowania HLA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DAWCA**
 | **RAZEM\*:** |
| TYPOWANIE na niskim poziomie rozdzielczości |
| **Locus** | Koszt (zł) |   |
| **HLA A\***  |  |
| **HLA B\*** |  |
| **HLA C\*** |  |
| **HLA DRB1\*** |  |
| **HLA DQB1\*** |  |
| **SUMA** |  |
| TYPOWANIE na wysokim poziomie rozdzielczości |
| **Locus** | Koszt (zł) |
| **HLA A\***  |  |
| **HLA B\*** |  |
| **HLA C\*** |  |
| **HLA DRB1\*** |  |
| **HLA DQB1\*** |  |

\*) RAZEM nie wynika z sumy poszczególnych pozycji. Jest ryczałtową kwotą typowania odpowiednio Biorcy i Dawcy zgodnie z objaśnieniem do części X (oferta cenowa).

2. KOSZTY ADMINISTRACYJNO-KOORDYNACYJNE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł

|  |
| --- |
| Kalkulacja oferenta:1. ……………………………………… - ………. zł2. ……………………………………… - ………. zł3. ……………………………………… - ………. zł… ……………………………………… - ………. zł |

3. SUMA (1.A RAZEM +1.B RAZEM +2)

– cena zaproponowana przez oferenta Cof : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.

**Tabela 4. Cennik dotyczący innych badań laboratoryjnych i czynności doborowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Pozycja | Koszt (zł) |
| typowanie na niskim poziomie rozdzielczości HLA DPB1\* |  |
| typowanie **do** wysokiego poziomu rozdzielczości HLA DPB1\* |  |
| badanie przeciwciał anty-HLA:* 1. screening
	2. identyfikacja przeciwciał klasa I
	3. identyfikacja przeciwciał klasa II
 |  |
| próba krzyżowa ……………………………………………………………………………… |  |
| typowanie KIR……………………………………………………………………………… |  |
| pozostałe badania i czynności uznane przez jednostkę realizującą dobór za konieczne:1. ………………………………………2. ………………………………………3. ……………………………………… |  |