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 dawców komórek 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. ……………………………………… - ………. zł  2. ……………………………………… - ………. zł  3. ……………………………………… - ………. 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. ……………………………………… |  |