

.....  
**Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej**  
 (pieczęć Zleceniobiorcy)

**Rozliczenie merytoryczno - finansowe**  
 Poszukiwania i Doboru Dawców Komórek Krwiotwórczych

imię i nazwisko biorcy - osoby chorej zakwalifikowanej do przeszczepienia allogenicznego komórek krwiotwórczych	koszt poniesiony z tytułu typowania <b>biorcy</b> komórek krwiotwórczych		imię i nazwisko oraz PESEL haploidentycznego lub GRID niespokrewnionego typowanego dawcy komórek krwiotwórczych	koszt poniesiony z tytułu doboru <b>dawcy</b> komórek krwiotwórczych	
	koszt typowania locus A,B,C,DRB1,DQB1 biorcy do poziomu wysokiej rozdzielczości (zgodnie z ofertą) <i>w tym koszty pobrania i/lub sprowadzenia próbki krwi biorcy</i>			koszt typowania locus A,B,C,DRB1,DQB1 dawcy do poziomu wysokiej rozdzielczości (zgodnie z ofertą)	
	koszt typowania niepełnego biorcy: locus.... rozdzielczość.... (zgodnie z podanym cennikiem)			koszt typowania niepełnego dawcy: locus.... rozdzielczość.... (zgodnie z podanym cennikiem)	
	czynności doborowe w tym ekspertyza (ocena szans na dobór i określenie ścieżki doboru) – <b>jeżeli nie zostały wliczone w koszty typowania HLA</b>			koszt sprowadzenia próbki krwi i/lub badań zleconych do rejestru dawcy (Poltransplant lub rejestr zagraniczny) <i>na podstawie faktury źródłowej</i>	
	koszt wykonania badania przeciwciał anty-HLA biorcy			koszt innych badań (np. próba krzyżowa dawcy z biorcą)	
	koszt innych badań wykonanych u biorcy (opisać jakie badania, podać daty wykonania)			(opisać jakie badania, podać daty wykonania)	
	koszty administracyjno-koordynacyjne				
	<b>Razem biorca</b>			<b>Razem dawca</b>	
<b>Łączny koszt procedury poszukiwania i doboru komórek krwiotwórczych</b>					

Osoba sporządzająca .....f.  
 Tel. kontaktowy: .....f.  
 e-mail: .....f.

Dane i podpis osoby upoważnionej .....