**Nr postępowania KO/253/BI/4/24**

Załącznik do Formularza oferty

ARKUSZ CENOWY

* 1. **WYKONYWANIE BADAŃ KONSULTACYJNYCH**  **IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa procedury**  | **ILOŚĆ****(szt.)** | **Cena jednostkowa**  | **Wartość** |
| 1 | Badanie układu AB0 i antygenu RhD | 2 |  |  |
| 2a | Przeglądowe badanie na obecność przeciwciał u pacjentów i kobiet ciężarnych | 2 |  |  |
| 2b | Diagnostyka przeciwciał u pacjentów i kobiet ciężarnych | 2 |  |  |
| 3 | Identyfikacja przeciwciał odpornościowych z jednego układu grupowego | 2 |  |  |
| 4 | Identyfikacja przeciwciał wieloswoistych | 2 |  |  |
| 5 | Diagnostyka przeciwciał typu zimnego | 2 |  |  |
| 6 | Opracowanie próbki z przeciwciałami do antygenu powszechnego | 2 |  |  |
| 7 | Określenie miana alloprzeciwciał odpornościowych | 2 |  |  |
| 8 | Oznaczenie fenotypu w układzie Rh i Kell | 2 |  |  |
| 9 | Oznaczanie fenotypu w jednym układzie grupowym – Kidd, Duffy, MNS, Lutheran | 2 |  |  |
| 10 | Oznaczanie fenotypu w zakresie istotnych klinicznie układów antygenowych i krwinek czerwonych | 2 |  |  |
| 11 | Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA) | 2 |  |  |
| 12 | Elucja przeciwciał z oceną aktywności i swoistości eluatu | 2 |  |  |
| 13 | Diagnostyka NAIH typu ciepłego i mieszanego | 2 |  |  |
| 14 | Diagnostyka NAIH typu zimnego | 2 |  |  |
| 15 | Diagnostyka konfliktu serologicznego matczyno-płodowego | 2 |  |  |
| 16 | Diagnostyka choroby hemolitycznej noworodka | 2 |  |  |
| 17 | Diagnostyka odmian antygenów A i B | 2 |  |  |
| 18 | Diagnostyka odmian i kategorii antygenu D | 2 |  |  |
| 19 | Diagnostyka serologiczna odczynu poprzetoczeniowego | 2 |  |  |
| 20 | Badania przed przetoczeniem krwi dla biorcy bez przeciwciał i próba zgodności serologicznej | 2 |  |  |
| 21 | Próba zgodności z kolejnym dawcą | 2 |  |  |
| 22 | Badania przed przetoczeniem krwi dla biorcy z przeciwciałami odpornościowymi i próba zgodności serologicznej z dodatkowym typowaniem antygenów u dawców | 2 |  |  |
| 23 | Badania przed przetoczeniem krwi dla chorego z autoprzeciwciałami i próba zgodności serologicznej | 2 |  |  |
| 24 | Badania przed przetoczeniem krwi dla biorcy z przeciwciałami typu zimnego i próba zgodności serologicznej | 2 |  |  |
| 25 | Oznaczenie pojedynczego antygenu czerwonokrwinkowego spoza układu AB0 | 2 |  |  |
| **RAZEM** |  |

**WARUNKI:**

1. Transport materiału do badań do siedziby Przyjmującego zamówienie znajduje się w gestii Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do odbioru zlecenia badań 24h/dobę 7 dni w tygodniu.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do realizacji zleceń w trybie „rutyna” i „na ratunek”.
4. Miejsce wykonywania badań winno znajdować się w odległości nie większej niż 15 km od siedziby Udzielającego zamówienia.

 dnia

 *……………………………………………………*

 *(podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie)*