|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Załącznik 1 |
| **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** | | | |  |
|  |  |  |  |  |
| **Lp** | **Nazwa badania** | **Cena jednostkowa** | **Przewidywana liczba  badań na rok 2022 i 2023** | **Wartość** |
| 1 | Antybiogram manualny |  | **2000** | 0,00 zł |
| 2 | Badania mykologiczne |  | **120** | 0,00 zł |
| 3 | Badania w kierunku nosicielstwa Streptococtus agalactiale - GBS |  | **280** | 0,00 zł |
| 4 | Badanie kału w kierunku Salmonella-Shigella |  | **40** | 0,00 zł |
| 5 | Badanie mikrobiologiczne czystości powierzchni – płytki czystościowe/wymazy czystościowe Badanie mikrobiologiczne czystości powietrza/epidemiologiczne |  | **440** | 0,00 zł |
| 6 | Badanie w kierunku Chlamydia Trachomatis |  | **5** | 0,00 zł |
| 7 | Badanie w kierunku Clostridium difficile + toksyny |  | **5** | 0,00 zł |
| 8 | Badanie w kierunku Neisseria Gonorrhoeae |  | **5** | 0,00 zł |
| 9 | Badanie w kierunku nosicielstwa MRSA |  | **5** | 0,00 zł |
| 10 | Jałowość – SPORAL A |  | **30** | 0,00 zł |
| 11 | Jałowość – SPORAL S |  | **5** | 0,00 zł |
| 12 | Mykogram |  | **10** | 0,00 zł |
| 13 | Ocena czystości mikrobiologicznej- popłuczyny z aparatu |  | **5** | 0,00 zł |
| 14 | Oznaczenie MIC antybiotyku |  | **5** | 0,00 zł |
| 15 | Posiew kału bakteryjnego dorośli **(Kał posiew – bad. Bakter.)** |  | **100** | 0,00 zł |
| 16 | Posiew kału bakteryjnego dzieci do lat 3 |  | **5** | 0,00 zł |
| 17 | Posiew kału grzyby drożdżakopodobne **(Kał posiew – bad. mykol)** |  | **15** | 0,00 zł |
| 18 | Posiew krwi – beztlenowo |  | **1100** | 0,00 zł |
| 19 | Posiew krwi – tlenowo |  | **1100** | 0,00 zł |
| 20 | Posiew krwi pediatryczny tlenowo |  | **15** |  |
| 21 | Posiew moczu |  | **1400** | 0,00 zł |
| 22 | Posiew nasienia |  | **25** | 0,00 zł |
| 23 | Posiew plwociny + preparat |  | **20** |  |
| 24 |  |  |  | 0,00 zł |
| 25 | Posiew płynu mózgowo-rdzeniowego **+ beztlenowy** |  | **25** |  |
| 26 | Posiew płynu z jam ciała, stawowego **jama opłucna + BEZTLENOWY + otrzewna** |  | **20** | 0,00 zł |
| 27 | Preparat bezpośredni w kierunku dermatofitów |  | **5** |  |
| 28 | Punktat posiew (bad. Bakter.) |  | **20** |  |
| 29 | Wymaz z cewki moczowej |  | **25** | 0,00 zł |
| 30 | Wymaz z gardła/jama ustna/język |  | **190** | 0,00 zł |
| 31 | Wymaz z Gruczołu Bartholina/ Zatoki Douglasa/ sromu |  | **35** | 0,00 zł |
| 32 | Wymaz z kanału szyjki macicy |  | **210** | 0,00 zł |
| 33 | wymaz z napletka/ prącia |  | **5** | 0,00 zł |
| 34 | Wymaz z nosa |  | **190** | 0,00 zł |
| 35 | Wymaz z odbytu/ **okolicy odbytu** |  | **190** | 0,00 zł |
| 36 | Wymaz z odbytu – nosicielstwo KPC |  | **80** | 0,00 zł |
| 37 | Wymaz z pochwy/ przedsionku pochwy bakt. Myk |  | **190** | 0,00 zł |
| 38 | Wymaz z pochwy/ przedsionku pochwy bakt+mykol |  | **5** | 0,00 zł |
| 39 | Wymaz z pochwy/ przedsionku pochwy mykol |  | **10** | 0,00 zł |
| 40 | Wymaz z rany, ropy, odleżyny/ owrzodzenie/przetoka (tlenowo+beztlenowo), **zmian skórnych, czyraków** |  | **130** | 0,00 zł |
| 41 | Wymaz rurki tracheotomijnej (bad. Bakter) |  | **5** | 0,00 zł |
| 42 | Wymaz z ucha |  | **35** | 0,00 zł |
| 43 | Wymaz z worka spojówkowego |  | **10** | 0,00 zł |
| 44 | Wymaz ze skóry |  | **5** | 0,00 zł |
| 45 | posiew z paznokcia |  | **5** | 0,00 zł |
| 46 | Wymaz z kanału szyjki macicy w kierunku antygenu Chlamydia trachomatis met. Immunofluorescencji |  | **5** | 0,00 zł |
| 47 | Wymaz z ewki moczowej w kierunku antygenu Chlamydia trachomatis met. Immunofluorescencji |  | **5** | 0,00 zł |
| 48 | Wymaz z kanału szyjki macicy w kierunku Mycoplasma hominis i Ureaplasma spp. |  | **5** | 0,00 zł |
|  |  |  | **SUMA** | **0,00 zł** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ………………………………… |  | ……………………………………………..………… |  |
|  | data |  | podpis i pieczęć Oferenta |  |