……………………………………  
 *pieczęć Oferenta*

**Opis wykonywanych badań**

na konkurs o sygnaturze KB/1/2015 pn.:

**„WYKONANIE BADAŃ LABORATORYJNYCH DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ „ŚRÓDMIEŚCIE” W OPOLU”**

Zarejestrowana nazwa Oferenta: ………………………………………………………………………………………

Zarejestrowany adresOferenta: ………………………………………………………………………………………

Numer telefonu: ………………………… Numer faksu: …………………………

NIP: ………………………… REGON: …………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Przygotowanie pacjenta do badania** | **Sposób pobrania materiału do badania** | **Przechowanie materiału** | **Opis Metody** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| ***KOAGULOGIA*** | | | | | |
| 1. | Przeciwciała antykardiolipinowe IgM |  |  |  |  |
| 2. | Przeciwciała antykardiolipinowe IgG |  |  |  |  |
| ***BIOCHEMIA*** | | | | | |
| 3. | Gastryna |  |  |  |  |
| 4. | Żelazo |  |  |  |  |
| 5. | Bilirubina całkowita |  |  |  |  |
| 6. | Kreatynina |  |  |  |  |
| 7. | Transferyna |  |  |  |  |
| 8. | Haptoglobina |  |  |  |  |
| 9. | Całkowita zdolność wiązania żelaza TIBC |  |  |  |  |
| ***BADANIA KAŁU*** | | | | | |
| 10. | Posiew kału w kierunku grzybów |  |  |  |  |
| 11. | Posiew kału w kierunku Salmonelli |  |  |  |  |
| ***BADANIA INFEKCYJNE*** | | | | | |
| 12. | Przeciwciała Yersinia IgA |  |  |  |  |
| 13. | Przeciwciała Yersinia IgG |  |  |  |  |
| 14. | Przeciwciała Yersinia IgM |  |  |  |  |
| 15. | Przeciwciała Endomysium EmA IgG |  |  |  |  |
| 16. | IgM |  |  |  |  |
| ***BAKTERIOLOGIA*** | | | | | |
| 17. | Test potwierdzający HBs Ag |  |  |  |  |
| 18. | Test potwierdzający HIV |  |  |  |  |
| 19. | Wymaz z szyjki macicy w kierunku antygenu Chlamydia trachomatis |  |  |  |  |
| 20. | Oznaczenie toksyny A/B C.difficile |  |  |  |  |
| ***AUTOMMUNOLOGIA*** | | | | | |
| 21. | Ferrytyna |  |  |  |  |
| 22. | IgG |  |  |  |  |
| 23. | IgE |  |  |  |  |
| 24. | Przeciwciała przeciw mieloperoksydazie |  |  |  |  |
| 25. | Przeciwciała przeciwjądrowe ds. DNA IgG |  |  |  |  |
| 26. | Przeciwciała antyhistonowe |  |  |  |  |
| 27. | Przeciwciała przeciwjądrowe anty Sm/RNP |  |  |  |  |
| 28. | Białko całkowite w surowicy |  |  |  |  |

…………………………………… ………………………………………………………

*miejsce i data podpis i pieczęć osób / osoby uprawnionych / upoważnionych*

*do reprezentowania Oferenta*

***Uwaga: Oferent wypełnia tylko rubryki, dotyczące badań, na które składa oferty.***