**Dodatkowe warunki graniczne do PAKIETU NR 1 jakie musi spełnić Oferent/Przyjmujący Zamówienie**

*Diagnostyka zaburzeń hematologicznych*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki graniczne** | **Sposób spełnienia wymagania**  **TAK/NIE** |
|  | Odbiór materiału przez Przyjmującego Zamówienie we wszystkie dni robocze i na jego koszt. |  |
|  | W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie posiada własnego transportu do odbioru badań miejsce wykonywania badań nie może znajdować się w odległości większej niż 80 km od siedziby Udzielającego Zamówienia. |  |
|  | Udzielający Zamówienia zabezpieczy przewóz materiału do badań do siedziby Przyjmującego Zamówienie na własny koszt tylko w przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie dysponuje odpowiednim (swoim) transportem i jest oddalony w odległości nie większej niż 80 km od siedziby Udzielającego Zamówienia. |  |
|  | Wyniki w formie wydruku/papierowej, dostarczane przez Przyjmującego Zamówienie na swój koszt, na adres Udzielającego Zamówienia w podwójnej kopercie – wewnętrzna opatrzona napisem Dokumentacja Medyczna – dedykowana do …… (wskazać gdzie mają trafić np. oddział, z którego przesłano badania lub ZDL) |  |
|  | Wyniki przesyłane do Udzielającego Zamówienia specjalnie dedykowanym kanałem komunikacji elektronicznej np. e-mail w sposób zaszyfrowany, po ustaleniu odrębnym kanałem hasła do odczytu lub udzielenia dostępu Udzielającemu Zamówienia do odczytu/wydruku zleconych wyników z systemu informatycznego Przyjmującego Zamówienie za pomocą loginu, kodów dostępu lub hasła ustalonego odrębnym kanałem np. telefonicznie. |  |
|  | Wykazanie przez Oferenta/Przyjmującego Zamówienie Certyfikatów potwierdzających udział w zewnętrznej kontroli jakości |  |
|  | W przypadku czasowego braku możliwości (z przyczyn niezależnych od Przyjmującego Zamówienie) wykonania danego badania, Przyjmujący Zamówienie musi zapewnić wykonanie tego badania w innej placówce, w cenie jaka była wykazana w ofercie Udzielającego Zamówienia. |  |
|  | Wykaz materiału biologicznego (uzupełnienie załącznika nr 1 dla pakietu), potrzebnego do poszczególnych badań, rodzaju antykoagulantu lub inne informacje niezbędne do pobrania i przygotowania próbek do transportu i badania. |  |
|  | Wykaz maksymalnego czasu oczekiwania na poszczególne badanie (uzupełnienie załącznika nr 1 dla pakietu). Przyjmujący Zamówienie winien określić termin, w jakim zostanie dostarczony wynik badania do Udzielającego Zamówienia. |  |
|  | Przyjmujący Zamówienie **po zawarciu umowy zobowiązany jest** dostarczyć specyfikację wykonania usługi, zawierającą informacje tj.:   * Przygotowanie pacjenta do badania, * Pobieranie materiału do badań * Przechowywanie próbek do czasu wykonania badania, * Warunki transportu i zabezpieczenie próbek na czas transportu, * Wzory obowiązujących skierowań (jeśli stanowią one odrębność) * Zakresy referencyjne * Błędy dopuszczalne * Rodzaj metody oznaczenia   W przypadku aktualizacji procedur Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do bezzwłocznego powiadomienia Udzielającego Zamówienia i przesłania nowych wersji dokumentów. |  |

…………………………………………………….

Podpis Oferenta