

**WARUNKI GRANICZNE**

L.p.	Warunki graniczne wymagane	Potwierdzenie spełnienia TAK / NIE
1.	Dostępność do badań laboratoryjnych od poniedziałku do piątku w godz 7.00 – 18.00	
2.	Dostępność do badań w trybie cito dla pacjentów pediatrycznych FUB w zakresie morfologii i CRP, łącznie z usługą pobrania materiału w godz. 11.00 – 18.00 od poniedziałku do piątku w laboratorium Wykonawcy.	
3.	Dostępność do wyników badań laboratoryjnych wykonywanych u Wykonawcy drogą elektroniczną.	
4.	Dostępność do wyników badań laboratoryjnych wykonywanych u Wykonawcy w pilnych przypadkach drogą telefoniczną i e-mailem	
5.	Zaopatrzenie Zamawiającego w wyroby medyczne do pobierania materiału do badań.	
6.	Zamawiający będzie pobierał od pacjentów materiał do badań we własnych placówkach. Wykonawca przygotowuje procedurę-pobieranie materiału do badań oraz udostępni ją on-line.	
7.	Wykonawca przygotowuje procedurę transportu materiału do badań laboratoryjnych.	
8.	Przygotowanie przez Wykonawcę druku zlecenia na badania laboratoryjne i zabezpieczenie w potrzebne do wykonania umowy druki zlecenia	
9.	W przypadku awarii sprzętu laboratoryjnego lub innych okoliczności uniemożliwiających wykonanie badań Wykonawca zapewni wykonanie zleconych badań we własnym zakresie w ramach swojej struktury organizacyjnej.	
10.	Czas oczekiwania na wyniki badań, zgodnie z Załącznikiem nr 1 do SWZ	
11.	Wykonawca przedstawi Akredytację, udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji, dla laboratoriów medycznych w odniesieniu do PN-EN ISO 15189:2013-5	Należy dołączyć do oferty
12.	Laboratorium Wykonawcy, w którym będą wykonywane badania Zamawiającego powinno znajdować się w odległości nie większej niż 15 km, liczonej w linii prostej od Przychodni Brackiej Polska-Wirek Fundacji „Unia Bracka” mieszczącej się przy ul. Oddziałów Młodzieży Powstańczej 14A, 41-707 Ruda Śląska	
13.	Integracja systemów informatycznych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym: komunikacja przy wykorzystaniu standardu HL7 (Health Level Seven), dedykowanego dla wymiany danych pomiędzy systemami ochrony zdrowia	

**UWAGI:**

Jeżeli Oferent nie spełnia wszystkich warunków granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

.....  
/pieczętka i podpis osób uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy/