

Projekt Umowy
Umowa nr/SSM/2025 o świadczenie odpłatnych świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniuw Toruniu, pomiędzy:

Specjalistycznym Szpitalem Miejskim im. M. Kopernika z siedzibą w Toruniu (87-100), ul. Batorego 17/19, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego nr 0000002564 prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Toruniu, VII Wydział Gospodarczy (NIP: 8792076803, REGON: 870252274)

reprezentowanym przez:

Dyrektora Jana Gesska,
zwanym dalej „**Zamawiającym**”

a

.....z siedzibąwpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla, Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS.....(NIP:....., REGON:.....)

reprezentowanym przez:.....

zwanym dalej „**Wykonawcą**”

Podstawą do zawarcia niniejszej umowy jest art. 26 ust. 1, 2, 3, 4 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. 2025.450 t.j.).

§1
Przedmiot umowy

1. Przedmiot umowy obejmuje wykonywanie specjalistycznych badań cytogenetycznych i badań molekularnych w hematologii przez Wykonawcę zgodnie z Załącznikiem nr 1 (Oferta Wykonawcy) do niniejszej umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania specjalistycznych badań laboratoryjnych ujętych w Załączniku nr 1, na podstawie jednostkowych zleceń na badania.
3. Realizacja każdego zlecenia na badanie ma charakter odrębnego zobowiązania. Dotyczy to w szczególności postanowień o odstąpieniu od umowy oraz postanowień dotyczących naliczania kar umownych.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo zlecania badań w ilościach uzależnionych od rzeczywistych potrzeb Zamawiającego, co nie wymaga podania przyczyny. Zamówienie w mniejszej ilości niż to wynika z górnego limitu określonego w Załączniku nr 1 do umowy, nie powoduje po stronie Zamawiającego powstania obowiązku zapłaty kar umownych i innych odszkodowań określonych przepisami powszechnie obowiązującymi.

5. Zgodnie z art., 43 ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. z 2024, poz. 361) Zamawiający oświadcza, że badania stanowiące przedmiot niniejszej umowy są zwolnione od podatku jako usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracania i poprawie zdrowia oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze.
6. Zamawiający wymaga, aby miejsce wykonywania świadczeń przez Wykonawcę – laboratorium, w którym będą wykonywane badania, znajdowało się w maksymalnej odległości do 300 km od siedziby Zamawiającego. Zapis zostanie usunięty, w przypadku spełnienia przez Wykonawcę warunku o maksymalnej odległości.

§2

Obowiązki Wykonawcy

1. Wykonawca oświadcza, że przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych przez niego wykonanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2025.450 t.j.).
2. Wykonawca zapewnia, że badania stanowiące przedmiot umowy będą wykonywane przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych przewidzianych w obowiązujących przepisach, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, przy użyciu aparatury medycznej, urządzeń i sprzętu spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach oraz przy poszanowaniu praw pacjenta.
3. Wykonawca gwarantuje jakość i terminowość wykonywania badań będących przedmiotem niniejszej umowy.
4. Przedmiot umowy będzie realizowany przez liczbę osób gwarantującą terminowe wykonanie przedmiotu umowy. Wykonawca oświadcza, że posiada zabezpieczenie kadrowe umożliwiające terminowe wykonanie przedmiotu.
5. Wykonawca zapewnia ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszania warunków zawartej umowy.
6. Zamawiający dopuszcza możliwość zlecenia podwykonawcy części wykonania świadczeń zdrowotnych, objętych przedmiotem zamówienia niniejszej umowy. Wykonawca w takim przypadku winien na własny koszt i ryzyko zapewnić wykonanie świadczeń przez inny podmiot leczniczy posiadający odpowiednie kwalifikacje oraz spełniający warunki określone niniejszą umową wobec Wykonawcy.
7. Wykonawca oświadcza, że posiada odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę, sprzęt medyczny, środki transportu, oraz środki łączności zapewniające realizację świadczeń objętych przedmiotem niniejszej umowy. Aparatura i sprzęt medyczny winne być dopuszczone do użytkowania przy udzielaniu świadczeń medycznych, w tym posiadać aktualne CE oraz udokumentowane przeglądy.
8. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Wykonawca oświadcza, iż posiada umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, która obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Okres

ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmuje cały okres realizacji umowy zgodnie z wymogami określonymi w aktualnie obowiązujących przepisach prawa. W przypadku upływu ważności polisy Wykonawca zobowiązuje się do przedstawiania Zamawiającemu aktualnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z zastrzeżeniem, iż Zamawiający dopuszcza posiadanie przez Wykonawcę kilku umów, pod warunkiem iż musi być zachowany wymóg ciągłości okresu ubezpieczenia.

10. Wykonawca prowadzi dokumentację medyczną związaną z udzielanymi świadczeniami zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
11. Wykonawca przechowuje dokumentację medyczną związaną z udzielanymi świadczeniami przez określony czas w przepisach powszechnie obowiązujących.
12. Wykonawca zobowiązuje się poddać kontroli NFZ w zakresie świadczeń będących przedmiotem umowy.
13. Wykonawca zobowiązuje się poddać kontroli Zamawiającego w zakresie wykonywania postanowień niniejszej umowy.

§3

Sposób i termin realizacji

1. Zamawiający będzie przekazywać Wykonawcy zlecenia na realizację badań zgodnie z Załącznikiem nr 2 a Wykonawca, przekaże wyniki badań do Zamawiającego drogą elektroniczną (e-mail lub fax zgodnie z danymi podanymi w §11 ust. 1) oraz drogą papierową.
2. Osobami upoważnionymi przez Zamawiającego do odbioru wyników badań zleconych Wykonawcy do realizacji na podstawie niniejszej umowy są:

Imię i nazwisko: nr tel: nr fax: adres e-mail:	Imię i nazwisko: nr tel: nr fax: adres e-mail:
---	---

3. Osobami upoważnionymi do kontaktu ze strony Wykonawcy są:

Imię i nazwisko: nr tel: nr fax: adres e-mail:	Imię i nazwisko: nr tel: nr fax: adres e-mail:
---	---

4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowego wyniku badania, Wykonawca zobowiązuje się dodatkowo do niezwłocznego, telefonicznego poinformowania Zamawiającego.
5. Czas wykonania badań oraz przekazania wyników badań Zamawiającemu zostały określone w Załączniku Nr 1 do umowy.
6. Materiał do badań laboratoryjnych będzie dostarczany przez Zamawiającego we własnym zakresie, w warunkach zapewniających jego przydatność do badań laboratoryjnych i gwarantujących bezpieczeństwo osób zajmujących się transportem próbek.

§4

Wynagrodzenie

1. Rozliczenie za wykonane zlecenia dokonywane będzie na podstawie prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury w cyklu miesięcznym. Faktura będzie wystawiana w terminie o którym mowa w art. 106i ust.1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.
2. Za wykonane badania określone w §1 Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie ustalone na podstawie cen jednostkowych podanych w Załączniku nr 1 do umowy oraz ilości rzeczywiście wykonanych badań. Jeżeli zaistniała konieczność powtórzenia badań z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, cena badania obejmuje jego powtórzenie.
3. Integralną częścią każdej wystawionej przez Wykonawcę faktury jest wykaz wykonanych zleceń w danym miesiącu oraz kopie zleceń na wykonanie badania.
4. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty Wykonawcy należności w terminie 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury, przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany w fakturze. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku Zamawiającego.
5. Brak rozliczenia faktur w terminie, nie może być przyczyną odmowy wykonywania badań.

§5

Kary umowne

1. W przypadku niedotrzymania przez Wykonawcę terminów uwzględnionych w Załączniku nr 1, Zleceniodawca naliczy kary umowne.
2. Kara umowna za opóźnienie w realizacji przedmiotu umowy naliczana jest w wysokości 0,1% całkowitej wartości umowy brutto za każdy dzień opóźnienia lecz nie więcej niż 20% wartości zlecenia, którego dotyczy zwłoka realizacji. Wartość umowy będzie obliczona na podstawie uzupełnionego przez Wykonawcę Załącznika nr 1.
3. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy w pierwszym terminie płatności, na co Wykonawca niniejszym wyraża zgodę.
4. Strony zastrzegają sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość kar umownych na zasadach ogólnych określonych w przepisach kodeksu cywilnego.
5. W przypadku rozwiązania Umowy przez Zamawiającego z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zobowiązany jest do zapłaty kary umownej w wysokości 10% całkowitej wartości umowy brutto. Wartość umowy będzie obliczona na podstawie uzupełnionego przez Wykonawcę Załącznika nr 1.

§6

Ochrona danych osobowych

1. Obie Strony oświadczają, że uwzględniając charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania oraz ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie i wadze zagrożenia, wdrożyły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie odbywało się zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych

oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO).

2. W związku z stosowaniem RODO, w odniesieniu do danych osobowych osób fizycznych reprezentujących Wykonawcę oraz osób fizycznych wskazanych przez Wykonawcę jako osoby do kontaktu i inne osoby odpowiedzialne za wykonanie Umowy, wymagana przepisami klauzula informacyjna stanowi Załącznik nr 3 do Umowy. Wykonawca w imieniu Zamawiającego zobowiązuje się poinformować wskazane przez siebie osoby fizyczne, o treści klauzuli informacyjnej.

§7

Bezpieczeństwo informacji i ciągłość działania

1. W związku z realizacją niniejszej Umowy, Wykonawca będący stroną zawartej Umowy zobowiązany jest do zapewnienia bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w związku z jej realizacją, ochrony pozostałych udostępnionych mu aktywów Zamawiającego, wspierających przetwarzanie tych informacji, w szczególności do zapewnienia ich poufności, integralności, dostępności, oraz do zapewnienia ciągłości realizacji usług świadczonych na rzecz Zamawiającego.
2. Wykonawca zobowiązuje się w szczególności:
 - 1) stale troszczyć się o powierzone mu informacje i aktywa wspierające ich przetwarzanie oraz zachować szczególną ostrożność przy bieżącym korzystaniu z tych aktywów, w tym zadbać o zabezpieczenie ich przed utratą, kradzieżą, nieuprawnionym udostępnieniem, nieuprawnioną modyfikacją, uszkodzeniami mechanicznymi,
 - 2) korzystać z powierzonych mu informacji i aktywów wspierających ich przetwarzanie, wyłącznie do celów wynikających z zapisów zawartej Umowy,
 - 3) przysyłać informacje chronione z wykorzystaniem sieci Internet w formie zaszyfrowanej,
 - 4) nie powielać, w tym nie kopiować informacji chronionych, udostępnionych i opracowanych w trakcie Umowy w zakresie szerszym, niż jest to potrzebne do jej realizacji,
 - 5) informować Zamawiającego o każdym podejrzeniu naruszeniu bezpieczeństwa informacji lub utracie ciągłości działania Zamawiającego (za pomocą wiadomości e-mail i telefonicznie)
3. Niezwłocznie po zakończeniu niniejszej Umowy, trwale usunąć lub zniszczyć informacje chronione przetwarzane w ramach jej realizacji, chyba że obowiązek ich dalszego przetwarzania wynika wprost z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
4. Jednocześnie Wykonawca potwierdza, że pracownicy bezpośrednio realizujący przedmiot niniejszej Umowy zostali zapoznani i zobowiązani do przestrzegania przedmiotowych wymogów w zakresie bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania.

§ 8

Siła wyższa

1. Żadna ze stron Umowy nie będzie odpowiedzialna za niewykonanie lub nienależyte wykonanie swoich zobowiązań wynikających z Umowy z powodu siły wyższej rozumianej jako zdarzenie zewnętrzne, niezależne od stron, którego strony rozsądnie nie przewidywały ani nie mogły przewidzieć na dzień zawarcia niniejszej Umowy (nagłe i nadzwyczajne) oraz

- którego skutkom strony nie mogły zapobiec. Tym samym strony ustalają, iż w przypadku gdy okoliczności siły wyższej istniały w dacie zawarcia pomiędzy stronami niniejszej umowy, to wykluczone jest powoływanie się na nie i wskazywanie że są okolicznościami siły wyższej jako przesłanki wyłączającej odpowiedzialność danej Strony umowy za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania.
2. Strony potwierdzają, iż w sposób świadomy zawierają umowę w trakcie trwania konfliktu zbrojnego na Ukrainie, zatem w/w okoliczności strony nie uznają za siłę wyższą, chyba że nastąpi zasadnicza zmiana okoliczności polegająca na wprowadzeniu dodatkowych ograniczeń lub nieprzewidywalnego ich wpływu na realizację umowy.
 3. W związku z powyższym: w przypadku działania siły wyższej, w szczególności takiej jak: działania sił przyrody (np. powódź, trzęsienie ziemi, pożar, epidemie), działania zbiorowości ludzkich (np. strajk, wojna) oraz działania wprowadzone przez władze państwowe w związku z działaniem siły wyższej (np. ograniczenia, zakazy, nakazy), strony zobowiązują się działać według poniższych zasad.
 - 1) Jeżeli siła wyższa uniemożliwia lub przewiduje się, że uniemożliwi którejkolwiek ze stron wykonanie lub nienależyte wykonanie któregoś z zobowiązań wynikających z Umowy, w szczególności dotrzymanie terminu lub spowoduje rażący wzrost kosztów danej strony, to strona dotknięta siłą wyższą przekaże drugiej Stronie niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni roboczych od momentu, kiedy strona dowiedziała się lub powinna była dowiedzieć się o wydarzeniu lub okoliczności stanowiącej siłę wyższą. Powiadomienie w formie pisemnej o wydarzeniu lub okoliczności stanowiącej siłę wyższą i szczegółowo określi zobowiązania, których wykonanie jest lub przewiduje się, że będzie uniemożliwione lub znacznie utrudnione oraz przewidywanym czasie oddziaływania tejże siły wyższej, jak również uzasadni, jaki wpływ na realizację jej zobowiązań miała siła wyższa, w szczególności wskaże obszary umowy do ewentualnej zmiany w drodze negocjacji pomiędzy stronami.
 - 2) Najwcześniej jak to możliwe, ale nie później niż w terminie 7 dni roboczych od daty zaistnienia wydarzenia lub okoliczności siły wyższej strony spotkają się w celu uzgodnienia działań minimalizujących skutki wystąpienia siły wyższej.
 - 3) Jeżeli siła wyższa uniemożliwia jednej ze stron wykonywanie jej zobowiązań wynikających z niniejszej umowy nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 2 miesiące, a strony nie osiągną porozumienia odnośnie do zmiany w powyższym terminie, wówczas każda ze Stron może rozwiązać Umowę ze skutkiem natychmiastowym.
 4. Ciężar dowodu niewykonania zobowiązania z powodu siły wyższej obciąża stronę, która powołuje się na siłę wyższą.
 5. W przypadku zaistnienia zdarzeń nie stanowiących siły wyższej w rozumieniu opisanym powyżej, których wystąpienie może wpłynąć na realizację Umowy, każda ze stron uprawniona jest do zainicjowania rozmów celem podjęcia niezbędnych środków mających na celu zapobieżenie ewentualnym negatywnym następstwom.

§ 9

Obowiązki umowy

1. Przedmiotowa umowa zostaje zawarta na okres od 01.05.2025 do 30.04.2028r

§ 10

Rozwiązanie umowy

1. Każda ze stron ma prawo wypowiedzieć umowę z zachowaniem 2-miesięcznego okresu wypowiedzenia dokonany na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie złożone drugiej stronie wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Każda ze stron ma prawo rozwiązać umowę przez oświadczenie złożone drugiej stronie na piśmie z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy druga strona naruszy istotne postanowienia umowy, w szczególności gdy:
 - 1) jedna ze stron ogranicza dostępność świadczeń zdrowotnych lub realizację przedmiotowej Umowy, w szczególności poprzez nieusprawiedliwione przerwanie lub zaprzestanie udzielania świadczeń, zawężanie ich zakresu lub realizację świadczeń nieodpowiedniej jakości;
 - 2) nierzetelnego lub nieterminowego przekazywania przez Wykonawcę dokumentacji medycznej i/lub zestawień i/lub wymaganych informacji, z przyczyn niezależnych od Zamawiającego;
 - 3) powtarzających się uchybień skutkujących nieuznawaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń wykazywanych przez Zamawiającego, z przyczyn niezależnych od Zamawiającego;
 - 4) narażania w sposób ciągły Zamawiającego na nieuzasadnione koszty lub nieodwracalną szkodę, z przyczyn niezależnych od Zamawiającego.
2. Zamawiający ma prawo rozwiązać umowę poprzez złożenie stosownego oświadczenia Wykonawcy bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy Wykonawca w sposób rażący narusza postanowienia umowy w szczególności gdy:
 - 1) utraty przez Wykonawcę uprawnień do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych Umową, zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej, zmiany jej zakresu / profilu lub miejsca prowadzenia działalności gospodarczej;
 - 2) popełnienia w czasie trwania Umowy przestępstwa, które uniemożliwia kontynuowanie Umowy przez Wykonawcę, jeżeli zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądownym;
 - 3) rażącego przewinienia lub zawinionych nieprawidłowości w wykonywaniu świadczeń lub innych obowiązków wynikających z niniejszej Umowy;
 - 4) niedopełnienia obowiązków ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez Wykonawcę;
3. W przypadku rozwiązania umowy za wypowiedzeniem Wykonawca zobowiązany jest wykonać badania z materiału przekazanego przez Zamawiającego przed datą rozwiązania umowy, a Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktury wystawionej za te czynności.

§ 11

Postanowienia końcowe

1. Zmiana warunków umowy może nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieunormowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Spory, które wynikają z realizacji niniejszej umowy strony poddają rozpoznaniu właściwemu miejscowo sądowi dla siedziby Zamawiającego.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu

dla każdej ze stron.

5. Integralną część niniejszej umowy stanowią:

- 1) Załącznik nr 1 – Oferta Wykonawcy,
- 2) Załącznik nr 2 – Zlecenie na realizację badań,
- 3) Załącznik nr 3 – Klauzula Informacyjna

ZAMAWIAJĄCY

WYKONAWCA

*Załącznik nr 1 do umowy nr/SSM/2025 z dnia.....
stanowiący jej integralną część*

l.p.	Rodzaj badania	Przewidywana liczba badań do 30.04.2028	Gwarantowany czas wykonania badania	Gwarantowany czas dostarczenia wyników badań	Cena jednostkowa
1	Kariotyp komórek szpiku kostnego	900			
2	Kariotyp limfocytów krwi obwodowej	15			
3	Fluorescencyjnahybrydyzacja in situ (FISH) z sondą centromerową (próba pojedyncza)	15			
4	Fluorescencyjnahybrydyzacja in situ (FISH) z sondą specyficzną (próba pojedyncza)	60			
5	Fluorescencyjnahybrydyzacja in situ (FISH) na rozmazie krwi lub szpiku (próba pojedyncza)	300			
6	Uzupełniające badanie FISH na wcześniej wybranych preparatach cytogenetycznych	150			
7	Panel CLL:2 badania FISH (ATM+TP53)	180			
8	Panel AML/MDS: kariotyp szpiku kostego+1 badanie FISH z możliwych do wykonania	510			
9	Panel AML/MDS: kariotyp szpiku kostego+2 badanie FISH z możliwych do wykonania	15			
10	Panel AML/MDS: kariotyp szpiku kostego+3-4 badanie FISH z możliwych do wykonania	15			
11	Badanie cytogenetyczne -molekularne FISH nw szpiczaku mnogim (MM)-pojedyncza próba	15			
12	Badanie cytogenetyczne -molekularne FISH nw szpiczaku mnogim (MM)-dwie dowolne sondy w panelu	450			
13	Badanie cytogenetyczne -molekularne FISH nw szpiczaku mnogim (MM) – badanie uzupełniające, pojedyncza próba	15			
14	Hodowla fibroblastów	15			
15	Hodowla fibroblastów +kariotyp	15			
16	Badanie łamliwości chromosomów	15			
17	Kariotyp pacjenta + kariotyp matki	15			
18	Ocena złamań spontanicznych	15			
19	Test z mitomycyną C- ocena złamań indukowanych	15			
20	Zabezpieczenie materiału (szpik, krew) do dalszych badań cytogenetycznych	15			

21	BCR-ABL (p190 lub p210 lub p230) RT-PCR + nested PCR	15			
22	BCR-ABL (p190 lub p210 lub p230) RQ-PCR p210	360			
23	BCR-ABL (p190 lub p210 lub p230) panel (RT-PCR p190, p210, p230)	510			
24	FIP1L1-PDGFR RT-PCR	120			
25	FIP1L1-PDGFR RT-PCR+nested PCR	15			
27	JAK2 V617F ASO-PCR	150			
28	MPL W515K/L ASO-PCR	150			
29	JAK2 ex12 sekwencjonowanie	150			
30	ASXL1 hot spot sekwencjonowanie	60			
31	CALR sekwencjonowanie	150			
32	CBFB-MYH11 RT-PCR	15			
33	CBFB-MYH11 RT-PCR+nested PCR	15			
34	RUNX1-RUNX1T1 RT-PCR	15			
35	RUNX1-RUNX1T1 RT-PCR - nested PCR	15			
36	PML-RARA RT-PCR	15			
37	PML-RARA RT-PCR - nested PCR	15			
38	DEC-NUP214 RT-PCR	15			
39	FLT3 TKD AR PCR	15			
40	FLT3 ITD AR PCR	15			
41	PANEL AML (CBFB-MYH11, RUNX1- RUNX1T1, PML-RARA) -RT-PCR, AR PCR	180			
42	C-KIT D816 PCR	30			
43	NPM1 sekwencjonowanie	180			
44	TP53 (egzon 2-11) sekwencjonowanie	240			
45	CEBPA sekwencjonowanie	180			
46	BCR-ABL (p190, p210, p230) RT-PCR +nested PCR	15			
47	BCR-ABL (p190, p210, p230) panel (RT-PCR p190, p210, p230)	600			

48	KMT2A-AF4 RT-PCR	15			
49	KMT2A-AF4 RT-PCR+ nested PCR	15			
50	TCF3-PBX1 RT-PCR	15			
51	TCF3-PBX1 RT-PCR+ nested PCR	15			
52	ETV6-RUNX1 RT-PCR	15			
53	ETV6-RUNX1 RT-PCR+ nested PCR	15			
54	SIL-TAL1 RT-PCR	15			
55	SIL-TAL1 RT-PCR+nested PCR	15			
56	Panel ALL (BCR-ABL, KMT2A-AF4, TCF3-PBX1, ETV6-RUNX1) RT PCR	60			
57	Zabezpieczenie leukocytów- izolacja leukocytów Izolacja DNA- izolacja na kolumnkach	15			
58	Izolacja RNA z synteza cDNA - izolacja z triozolu, odwrotna transkrypcja	15			
59	Mutacja KD BCR: ABL	120			
60	Mutacja V600E BRAF	60			
61	Mutacja c-KIT	30			

2.1

WYKONAWCA:

Data:

**ZLECENIE NA REALIZACJĘ
BADANIE MOLEKULARNE W HEMATOLOGII**

Nazwisko i imię:	PESEL ¹ :
Płeć: ☐ K ☐ M	Data urodzenia:
Ośrodek kierujący / Oddział szpitalny / Poradnia / (pieczętka):	Sposób kontaktu: ☐ z lekarzem zlecającym ☐ z pacjentem: nr tel.: e-mail:
Rodzaj badanego materiału: ☐ krew żylna ² ☐ krew obwodowa (5-10 ml krwi pobranej z EDTA) ☐ szpik kostny (2-4ml szpiku pobranego do próbki z EDTA) ☐ fibroplasty skóry ☐ bloczek parafinowy ☐ inny	Rodzaj zleconego badania: ☐ kariotyp ☐ FISH na świeżym materiale ☐ FISH na zabezpieczonym materiale ☐ test z mitomycyną C ☐ test przeżywalności fibroblastów ☐ inne, jakie?
Wskazanie do badania / rozpoznanie:	
Pacjent / opiekun prawny wyraża zgodę na wykonanie badania: ☐ TAK ☐ NIE	
ZLECANE BADANIA:	

¹ W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL, nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

² Materiał należy pobrać na heparynę

AML ☐ RUNX1-RUNX1T1/t(8;21) ☐ PML – RARA/t(15;17) ☐ CBFB – MYH11/inv(16) ☐ FLT3 ITD ☐ FLT3 ITD allelic ratio mut/wt ☐ FLT3 D835 ☐ FLT3 TKD ☐ DEK – NUP214/ t(6;9) ☐ CEBPA ☐ NPM1 ☐ NPM1 (ekson 12) ☐ BCR – ABL1/p190, p210) ☐ AMLplex (11 genów fuzyjnych) ☐ c-KIT (ekson 8 i 17) ☐ IDH1/IDH2 (ekson 4) ☐ RUNX1 ☐ ASXL1 (ekson 12) ☐ TP53 (eksyony 2-11) ☐ KMT2A-PTD ☐ nadekspresja BAALC Zespół hypereozynofilowy ☐ FIP1L1 – PDGFRA ☐ FIP1L1 – PDGFRA del(4) CNL ☐ T618I CSF3R (ekson 17) ☐ CSF3R (eksyony 14-17)	CML ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/p210 ☐ RQ – PCR BCR – ABL1/p210 ☐ BCR – ABL1/(9;22)/p190 ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/p230 ☐ multiplex BCR – ABL1 (p210, p230, p 190) ☐ KD BCR – ABL1 MPN BCR-ABL1 ☐ JAK3 V617F ☐ JAK2 exon 12 ☐ MPL W515K/L ☐ CALR ☐ CALR (ekson 9) ☐ MPL (ekson 10) ☐ ASXL1 (ekson 12) ☐ SRSF2 P95 ☐ U2AF1 S34 / Q157 ☐ IDH1/ IDH2 (ekson 4) CMML ☐ ETV6 – PDGFRB/t(5;12) MDS ☐ SF3B1 (eksyony 13-16) ☐ SRSF2 P95 ☐ U2AF1 S34 / Q157 ☐ TP53 (eksyony 2-11) ☐ ASXL1 (ekson 12) ☐ RUNX1 ☐ IDH1/ IDH2 (ekson 4) Mastocytoza ☐ c-KIT D816V ☐ c-KIT (ekson 17)	ALL ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/P190 ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/P210 ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/P230 ☐ KMT2A – AF4/t(4;11) ☐ KMT2A – AFF1 t(4;11) ☐ TCF3 – PBX1/t(1;19) ☐ ETV6 – RUNX1/t(12;21) ☐ SIL – TAL1 (T-ALL) ☐ SIL – TAL1 del(1) ☐ KD BCR-ABL1 ☐ diagnostyka, identyfikacja jednego markera Ig/TCR do oceny MRD ☐ monitorowanie Ig/TCR CLL ☐ TP53 (eksyony 4-10) NHL ☐ BCL2-IGH t(14;18) ☐ CCND1-IGH t(11;14) ☐ L265P MYD88 Klonalność limfocytów ☐ TCRB, TCRG, TCRD (panel) ☐ IGH, IGK, IGL (panel) Diagnostyka różnicowa białaczki włośchatokomórkowej ☐ V600E BRAF Przewlekła białaczka limfocytowa ☐ TP53 (eksyony 2-11) ☐ hipermutacje IGHV ☐ IGHV 3-21
Onkologia ☐ BRAF V600 (bloczek) ☐ BRAF V600 (świeża tkanka)		
Diagnostyka zmian wrodzonych Hemochromatoza ☐ HFE (eksyony 2 i 4) ☐ HFE (ekson 3) Amyloidoza ☐ TTR (eksyony 1-4)	FPD/AML ☐ RUNX1	
Cel badania: ☐ pierwsze badanie ☐ kontrolne badanie 1. Czy pacjent w okresie 2-3 miesięcy przed badaniem otrzymywał transfuzję krwi? ☐ tak – data i typ preparatu ☐ nie 2. Czy pacjent miał przeszczep szpiku? ☐ tak – data i rodzaj ☐ nie		

3. Czy pacjent w ostatnich 3 miesiącach miał diagnostykę lub terapię RTG? ☐ tak – data ☐ nie 4. Leczenie cytostatyczne: ☐ tak – data i rodzaj: ☐ nie 5. Inne leczenie: ☐ tak – data i typ: ☐ nie Inne informacje o pacjencie: Informacja o przeszczepie: Stosowane leczenie: Leukocytoza: blastoza w szpiku: blastoza we krwi: Inne informacje:	
Jednostka upoważniona do odbioru sprawozdania z badania – wypełnić jeśli inna niż ośrodek kierujący:	Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie:
Data i godzina pobrania materiału:	Podpis i pieczęć osoby pobierającej materiał:
Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:	Podpis osoby przyjmującej materiał:

Data:

ZLECENIE NA REALIZACJĘ***BADAŃ CYTOGENETYCZNYCH KOMÓEK SOMATYCZNYCH / BADANIE
CYTOGENETYCZNE KONSTITUCYJNE³***

Nazwisko i imię:	PESEL ⁴ :
Płeć: ☐ K ☐ M	Data urodzenia:
Ośrodek kierujący / Oddział szpitalny / Poradnia / (pieczętka):	Sposób kontaktu: ☐ z lekarzem zlecającym ☐ z pacjentem: nr tel.: e-mail:
Rodzaj badanego materiału: ☐ krew żylna ⁵ ☐ krew obwodowa (5-10 ml krwi pobranej z EDTA) ☐ szpik kostny (2-4ml szpiku pobranego do probówki z EDTA) ☐ biopsja guza ⁶ ☐ blok parafinowy ☐ inny	Rodzaj zleconego badania: ☐ cytogenetyka klasyczna ☐ kariotyp ☐ FISH na świeżym materiale ☐ FISH na zabezpieczonym materiale ☐ inne, jakie?
Wskazanie do badania / rozpoznanie:	
Pacjent / opiekun prawny wyraża zgodę na wykonanie badania: ☐ TAK ☐ NIE	
Cel badania: ☐ pierwsze badanie ☐ kontrolne badanie 1. Czy pacjent w okresie 2-3 miesięcy przed badaniem otrzymywał transfuzję krwi? ☐ tak ☐ nie 2. Czy pacjent w okresie 2 tygodni przed badaniem otrzymywał antybiotyki? ☐ tak ☐ nie	

³ Niepotrzebne skreślić⁴ W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL, nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵ Materiał należy pobrać na heparynę⁶ Materiał należy pobrać do naczynia z solą fizjologiczną

3. Czy pacjent w okresie 1 miesiąca przed badaniem miał badanie RTG? ☐ tak ☐ nie Informacja o przeszczepie: Stosowane leczenie: Leukocytoza: blastoza w szpiku: blastoza we krwi: Inne informacje:		
CLL ☐ Panel CLL [delecja TP53, delecja ATM, delecja 13q14 / monosomia 13 i trisomia 12 ☐ delecja 6q21-q23 ☐ t(11;14) CCND1::IGH MDS ☐ del(5q) / monosomia 5 ☐ del(7q) / monosomia 7 ☐ del(17p) / izochromosom 17q / delecja TP53 ☐ del(20q) / trisomia 8 ☐ utrata chromosomu Y (ocena chromosomów X i Y) ☐ delecja TET2 AML ☐ t(8;21) RUNX1:RUNX1T1 ☐ inv(16)/t(16;16) CBFB:MYH11 ☐ t(15;17) PML:RARA ☐ inv(3q)/t(3;3) rearanżacja MECOM (3q26) ☐ rearanżacja KMT2A (11q23) ☐ t(9;11) MLLT3::KMT2A ☐ t(6;9) DEK:NUP214 ☐ rearanżacja NUP98 (11p15) ☐ rearanżacja/delecja ETV6 (12p13) ☐ del(17p) / izochromosom 17q / delecja TP53 CML ☐ t(9;22) BCR:ABL1 MPN Ph(-) ☐ rearanżacja PDGFRB (5q32) ☐ rearanżacja JAK (9p24) ☐ rearanżacja FGFR1 (8p11) ☐ delecja (4q12) FIP1L1::PDGFRA CHIMERYZM POTRANSPLANTACYJNY ☐ ocena chromosomów płci X i Y	CHŁONIAKI DOUBLE/TRIPLE HIT ☐ Panel różnicowy chłoniaków [rearanżacja genów MYC, BCL2, BCL6] ☐ t(8;14) MYC:IGH ☐ t(14;18) BCL2:IGH CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE ☐ rearanżacja MYC π t(8;14) MYC:IGH ☐ rearanżacja BCL2 π t(14;18) BCL2:IGH ☐ rearanżacja BCL6 ☐ rearanżacja CCND1 π t(11;14) CCND1:IGH ☐ rearanżacja CCND2 ☐ rearanżacja IGH ☐ rearanżacje wariantowe IGL ☐ rearanżacje wariantowe IGK ☐ rearanżacja IRF4 (diagnostyka LBCL with IRF4-R) ☐ delecja TP53 MM, ocena plazmocytów CD138+ ☐ Panel 3 badania - delecja TP53, translokacje t(4;14), t(14;16) ☐ Panel 4 badania - TP53, t(4;14), t(14;16), t(14;20) ☐ panel 4 badania – TP53, t(4;14), t(14;16), dup1q/del1p ☐ panel 5 badań – TP53, t(4;14), t(14;16), t(14;20), dup1q/del1p ☐ t(11;14) CCND1::IGH ☐ t(6;14) CCND3::IGH ☐ t(14;20) MAFB::IGH ☐ del(1p), duplikacja (1q) w progresji MM ☐ trisomia 5, 9, 15 (diagnostyka hyperdiploidii) B-ALL ☐ t(9;22) BCR::ABL1 ☐ rearanżacja KMT2A (11q23) ☐ t(1;19) TCF3::PBX1 i t(1;17) TCF3::HLF	

	☐ t(12;21) ETV6::RUNX1 T-ALL ☐ rearanżacja TCR AD (14q11) ☐ rearanżacja TCR B (7q34) ☐ rearanżacja TCL1 (14q32) ☐ rearanżacja TLX1 (10q24) ☐ rearanżacja TLX3 (5q35)
Jednostka upoważniona do odbioru sprawozdania z badania – wypełnić jeśli inna niż ośrodek kierujący:	Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie:
Data i godzina pobrania materiału:	Podpis i pieczęć osoby pobierającej materiał:
Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:	Podpis osoby przyjmującej materiał:

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 i 14 rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie o ochronie danych osobowych), informujemy że w związku z realizacją umowy przetwarzamy dane osobowe osób, które zostały w umowie wskazane jako osoby uprawnione do reprezentacji lub biorące udział w realizacji umowy.

Administratorem Państwa danych osobowych jest **Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu, ul. Batorego 17/19, 87-100 Toruń**, NIP:879-20-76-803, REGON: 870252274, e-mail: info@med.torun.pl, tel. 56-61-00-268.

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem ochrony danych na adres poczty elektronicznej: iod@med.torun.pl lub na powyższy adres korespondencyjny.

I. Cel oraz podstawa wykorzystywania danych osobowych przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu.

Dane osobowe osób kontaktowych, reprezentujących lub zatrudnionych u kontrahenta (zwane dalej „dane osobowe”) będą przetwarzane w celu realizacji praw i obowiązków związanych z czynnościami przed zawarciem umowy oraz wynikających z zawartej umowy na podstawie art.6 ust.1 pkt b RODO

1. Państwa dane osobowe pozyskiwane są w związku z zawieraniem umów, które wykorzystywane są w trakcie trwania umowy dla celów takich, jak:
 - 1) realizacja obowiązków prawnych m. in. przechowywanie danych dotyczących korespondencji elektronicznej/pocztowej na potrzeby przyszłych postępowań uprawnionych organów;
 - 2) zawarcie oraz realizacja umowy między Specjalistycznym Szpitalem Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu a Państwem, w tym zapewnienie poprawnej jakości usług przez czas trwania umowy i rozliczeń po jej zakończeniu;
 - 3) przeciwdziałanie oraz dochodzenie roszczeń;
2. Dane osobowe potrzebne do realizacji obowiązków prawnych wykorzystywane będą przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu :
 - 1) przez czas wykonania tych obowiązków;
 - 2) przez czas, w którym przepisy nakazują przechowywać dane;
 - 3) przez czas, w którym możemy ponieść konsekwencje prawne niewykonania obowiązku.

To oznacza, że odpowiadamy za ich wykorzystanie w sposób bezpieczny, zgodny z umową i przepisami prawa.

II. Rodzaj Państwa danych osobowych, jakie są przetwarzane przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu.

Przetwarzaniu będą podlegały głównie takie rodzaje danych osobowych, powierzone na podstawie umowy, jak: dane zwykłe: imię i nazwisko, adres, telefon kontaktowy, adres e-mail.

Państwa dane będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa. Okres przetwarzania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych osobowych będzie niezbędne dla dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami.

III. Przekazywanie danych.

1. Specjalistycznym Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu w ramach prowadzonej działalności przekazuje dane osobowe następującym podmiotom:
 1. pracownikom oraz współpracownikom;
 2. gdy jest to uzasadnione - świadczącym usługi zarządzania systemem informatycznym;
 3. świadczącym usługi kurierskie lub pocztowe (w celu prowadzenia niezbędnej korespondencji w powierzonych nam sprawach).

Pani/Pana dane będą udostępniane innym odbiorcom jedynie w przypadku, gdy taki obowiązek wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

IV. Prawo dostępu do danych.

1. Przepisy Rozporządzenia o ochronie danych osobowych uprawniają Państwa do wystąpienia do nas z żądaniem:
 - 1) udzielenia informacji o przetwarzanych danych;
 - 2) wydania kopii przetwarzania danych;
 - 3) niezwłocznego sprostowania nieprawidłowych danych;
 - 4) uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, w tym poprzez przedstawienie dodatkowego oświadczenia;
 - 5) ograniczenia przetwarzania danych w przypadku zakwestionowania ich prawidłowości;
 - 6) niezwłocznego usunięcia danych bezpodstawnie przetwarzanych;
 - 7) przeniesienia danych do innego administratora w powszechnie używanym formacie, nadającym się do odczytu maszynowego.

V. Prawo do sprzeciwu.

Wobec przetwarzania danych osobowych niezbędnych do wykonania przez nas zadań realizowanych w interesie publicznym lub niezbędnych do celów wynikających z naszych prawnie uzasadnionych interesów - mogą Państwo wnieść sprzeciw w sytuacjach szczególnych. W tym przypadku nie wolno nam będzie przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykażemy istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

VI. Prawo do wniesienia skargi.

Jeżeli uznają Państwo, iż dokonywane przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z prawem - przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Państwa dane nie posłużą zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.