Zał. nr 5

**POTWIERDZENIE WYKONANIA USŁUGI – DO FAKTURY NR ……………………………………..**

Potwierdzam wykonanie usługi badań krwi dla pracowników Urzędu Miasta Bydgoszczy w okresie …………………………………………, na podstawie umowy nr…………………………………., zgodnie z zestawieniem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko uczestnika | Termin wykonania pakietu badań | Termin udostępnienia wyników uczestnikowi | Poniesiony koszt pakietu dla uczestnika (policzony w miesiącu udostępnienia wyników) | DODATKOWE UWAGI (np. inf. o konieczności powtórzenia badań) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |
| SUMA KOSZTÓW DO FAKTURY | | | |  |  |

Potwierdzam, że w skład pakietu dla każdego uczestnika wchodzi badanie następujących parametrów zgodnie ze złożoną ofertą w ramach zamówienia: morfologia pełna, CRP (ilościowo), OB, glukoza, insulina, wyliczenie wskaźnika HOMA-IR, hemoglobina glikowana, lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG, nie-HDL), homocysteina, lipoproteina (a), kreatynina, eGFR, kwas moczowy, ALT, AST, GGTP, bilirubina, TSH, FT3, FT4, sód, potas, magnez, żelazo, ferrytyna, wapń, wit. D3 25(OH), wit. B12, kw. foliowy, marker nowotworowy (w jednakowej cenie: dla mężczyzn tPSA, a dla kobiet do wyboru CA-125 lub CEA) i uwzględniony jest koszt pobrania krwi.

Obowiązki wykonywane w ww. okresie przez zaangażowaną do realizacji zamówienia osobę/y z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy):

|  |  |
| --- | --- |
|  | ------------------------------------------------------------------------- Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………