浙江大学医学院附属儿童医院

市场调研

（外送检测服务类）

项目名称：

供应商名称：

日期：2023年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

1. 报名须知
2. 报价单
3. 供应商通讯地址及联系方式
4. 法定代表人授权委托书
5. 中小企业申明函（如有）
6. 项目参数响应表
7. 无重大违法行为承诺书
8. 相关证照
9. 营业执照
10. 供应商资信和检测能力（满足本项目检测服务具备的证照和资质）
11. 其他资料
    1. 企业情况和服务能力说明
    2. 销售业绩

## 报名须知

1、供应商应具有从事医学检验技术服务能力和资质；

2、提供专门的客户服务人员，负责及时应答日常电话， 2小时内回复调查投诉进展；

3、外送检验项目结果需回传至医院LIS系统，供应商承担相关接口费用；

4、突发情况：院方自己开展项目仪器发生故障时，提供标本紧急检验服务，按照同类外送项目标本扣率收取费用，不另计费；

5、报告时间延迟半天扣检测服务费的50%，延迟一天检测费减免，如造成投诉纠纷需承担相应责任。延迟报告五次以上的，院方有权提前解除合同；

6、检测结果有差异的，供应商应无条件免费复查；

7、按照检验质控要求，定期提供所有外送项目的室内质控、室间质控报告；

8、按照检验质控要求，定期提供检验仪器设备性能验证报告；

9、根据院方需求，免费提供院方用于相关标本存放用品、耗材等，提供每次到货清单、随货联、合格证、医疗器械注册证等；

10、院方将不定期组织专家至供应商现场检查、督导并查看试剂、设备等采购相关台账，如发现供应商存在提供虚假信息或未经院方同意私自更改使用试剂的品牌和检验项目的方法学等现象，院方有权立即终止合同，供应商需按已做项目的收费金额赔偿院方，并承担所有相关违约责任；

11、送检标本及检测数据、质控数据、检测报告的所有权为院方，供应商有为院方保密的义务，在未经院方书面同意或授权前提下，供应商不得将院方交付的所有检验标本及检测数据、质控数据、检测报告向除院方相关人员以外的任何单位或个人泄露，不得用于任何其它用途；

12、供应商必须严格遵守《中华人民共和国人类遗传资源管理条例》，如有违反，所有责任由供应商承担。

请在下列横线上手写以下文字：“在浙江大学医学院附属儿童医院的提示、说明下，我方已充分阅读并理解上述条款，自愿接受以上条款约束。”

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

供应商(盖单): 签名:

日期： 年 月 日

## 报价单

**报价单**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **浙江省医疗服务价格收费** | **投标报价（%）** | **备注（出报告时间）** |
| **1** | **仅测序服务价格** |  |  |  |
| **2** | **测序及数据注释服务** |  |  |  |
| **3** | **整体检测服务** |  |  |  |
| **4** | **CMA检测服务** |  |  |  |

备注：1.一个单位报名多个项目可加行；

2.“报价”：外送检测服务费占浙江省医疗服务价格收费标准的百分比。外送检测服务费的收取具体为：外送检测服务费=外送检验项目医院收入×投价。外送检测服务费包括但不限于样本采集、运输服务，配套车辆设备，配备服务人员，售后服务，质量监控信息，外送标本检测成本等完成本项目所产生的一切费用，医院除外送检测服务费，不再另外支付任何其他费用；

3.合同期内医疗服务价格收费标准的调整：如收费标准上浮，按原收费标准×报价执行；如收费标准下降，按下降后的收费标准×报价执行。

## 供应商通讯地址及联系方式

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

浙江大学医学院附属儿童医院：

我\_（姓名）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工（姓名）以我方的名义参加贵院 （项目名称） 项目的院内自行采购活动，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职 务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件  正反 |  | 被授权人身份证复印件  正反 |

附：社保机构出具的投标截止日前6个月内授权代表的投标单位社保缴纳证明，任职不足6个月的可提供劳动合同证明文件。

## 中小企业申明函（如有）

中小企业应当按照《政府采购促进中小企业发展管理办法》规定和《中小企业划型标准规定》（工信部联企业〔2011〕300号），如实填写并提交《中小企业声明函》。

**中小企业声明函（服务）**

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司（联合体）参加*（单位名称）*的*（项目名称）*采购活动，服务全部由符合政策要求的中小企业承接。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. *（标的名称）* ，属于*（所属行业）行业*；承建（承接）企业为*（企业名称）*，从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元1，属于*（中型企业、小型企业、微型企业）*；

2. *（标的名称）* ，属于*（所属行业）行业*；承建（承接）企业为*（企业名称）*，从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于*（中型企业、小型企业、微型企业）*；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日期：

（**备注**：从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。）

## 技术参数及配置清单（产品介绍）

## 无重大违法行为承诺书

**无重大违法行为承诺书**

浙江大学医学院附属儿童医院：

我方愿意参加贵方组织的项目采购活动，并就参加本次采购活动有关事项郑重声明如下：

1.我方向贵方提交的所有文件、资料都是准确的和真实的。

2.我方参加本次采购活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录。

3.我方未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

4.以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

承 诺 单 位（公章）：

法定代表或其授权人（签字）：

日 期： 年 月 日

## 相关证照

1. 营业执照

2. 供应商资信和检测能力（满足本项目检测服务具备的证照和资质）

包括但不限于医疗机构执业许可证、ISO 15189认证证书（如需）、国际或国内相关项目检测能力的室间质评证书（如需）、PCR实验室合格证书（如需）等

## 其他资料

1. 企业情况和服务能力说明

包括项目实施方案、质控情况、物流方案及应急服务等，提供实验室人员、仪器、试剂、检测方法学等相关信息。

1. 销售业绩

提供近三年来与三甲医院合作的名单，并附相关合同复印件。