**正本/副本**

**遂溪县人民医院购置需求论证会**

**（编号： ）**

**项 目 资 料 书**

**项目序号：**

**项目名称：**

**报名单位名称（盖章）：**

**报名单位地址：**

**报名单位联系人：**

**联系方式：**

**邮 箱：**

**备注：**

**1、每个项目一份产品资料书，不接受装订不规范的文件。**

**2、产品资料书纸质版一正五副（加盖公章），外包装使用此封面，封口处贴封条并加盖公章。**

**目 录**

**[一、报名函](#_Toc99009480)** [1](#_Toc99009480)

**[二、技术要要求](#_Toc99009481)** [2](#_Toc99009481)

**[三、报名单位资料](#_Toc99009501)** [6](#_Toc99009501)

[1、经营许可证 6](#_Toc99009502)

[2、营业执照 6](#_Toc99009503)

[3、法定代表人身份证明书 6](#_Toc99009505)

[4、法人授权委托证明书 7](#_Toc99009506)

**一、报名****函**

**报名函**

**报名函**

|  |  |
| --- | --- |
| **公告名称** | 遂溪县人民医院购置需求论证会邀请公告（编号： ） |
| **公告项目序号** |  | **公告项目名称** |  |
| **报名单位名称****（加盖公章）** |  |
| **报名单位地址** |  |
| **报名时间** | **2025年 月 日** |
| **报名单位联系人** |  | **联系人手机号码** |  |
| **报名单位电子邮箱** |  | **报名单位座机** |  |
| **项目单价（含税）** |  | **项目总价（含税）** |  |
| **项目期限** | **（ ）年** | **开始时间** | **合同签订后\_\_\_个月** |

**二、技术要求**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： | 遂溪县人民医院外送第三方检验病理项目 |
| 预算金额： | 90万元/年，服务期限为1年，预算金额共90万元，最终以实际结算为准. |
| 资质要求： | 应具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件 |
| 要求送货地点（项目实施地点）及送货要求： | 遂溪县人民医院 |
| 货物清单： | 详见附件 |
| 技术参数要求： | 详见附件 |
| 质量要求(标准) | 1、机构应依法取得独立设置医疗机构执业许可证，并具有相关登记或核准的诊疗科目。2、应当遵循有关法规要求，定期参加省级以上质控中心组织的室间质量评价。有条件的医学检验实验室应通过IS015189《医学实验室质量和能力认可准则》。3、应当建立满足服务质量要求的信息管理系统，建立系统数据安全管理制度和应急措施。具备与医疗信息系统联网能力。 |
| 服务要求： | 1、根据医疗机构执业医师提出的检查检验申请，接收其提供的血液、体液、组织标本，并向医疗机构或申请者提供诊断报告。申请者的经治医师负责对检验结果最终解释。必要时，第三方机构应当提供与诊断结果相关的技术解释。第三方机构不得在合作医疗机构内直接面向患者开展检查检验服务。2、检查检验报告的书写、保存应按照国家有关要求执行，确保报告的真实性、及时性，并保护患者隐私。3、接收合作项目标本数量应当与工作能力相匹配，建立需求超过自身服务能力的预案，避免标本数量明显超出检验能力导致的标本积压、标本失效、检测结果反馈迟缓等问题。 |
| 供货期： | 自签订合同之日起当天  |
| 保修期： | 自验收合格之日起1年 |
| 付款方式： | 每季度采用银行转账、电子供应链数字信用凭据、保理、银行承兑汇票等方式结算。 |
| 验收方式： | 对第三方检验机构出具的病理检查报告进行审核，检查报告的格式、内容是否规范，诊断结论是否准确。 |
| 报折扣率： | ≤6折。 |

**三、报名单位资料**

1、经营许可证

2、营业执照

3、法定代表人身份证明书

**法定代表人身份证明书**

致：

同志，现任我单位职务，为法定代表人，特此证明。

签发日期： 单位：（盖章）

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

联系电话：

营业执照号码： 经济性质：

主营（产）：

兼营（产）：

说明：1、法定代表人为企事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2、内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

**提示：请将法定代表人身份证复印件（正反面）粘贴在此处，并加盖公章。**

4、法人授权委托证明书

**授权委托证明书**

致：

（报名单位全称）法定代表人（姓名）兹授权（授权代表姓名）为授权代表，参加贵方组织的项目设备咨询活动。

（授权代表姓名）以我单位的名义并代表我单位签署所有设备咨询文件，进行全权处理设备咨询活动中的一切事宜，其在该项目设备咨询活动中的一切行为对我单位具有法律约束力。

有效期限：至 年 月 日

单位名称（公章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日

授权代表（签字）：

日期： 年 月 日

**提示：请将授权代表身份证复印件（正反面）粘贴在此处，并加盖公章。**