浙江大学医学院附属儿童医院

院内自行采购

（外送服务类）

项目名称：

供应商名称：

日期：2022年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

一、报名须知

二、供应商报名登记表

三、供应商通讯地址及联系方式

四、法定代表人授权委托书

五、项目参数响应表

六、公司无重大违法行为承诺书

七、相关证照

7.1工商营业执照

7.2医疗机构执业许可证

7.3其他满足本项目检测服务必须具备的证照

8、其他资料

8.1企业情况和服务能力说明

8.2销售业绩

## 一、报名须知

1、具有从事医学检验技术服务能力和资质；

2、检验报告出具时间：按院方要求时间发放检验报告，特殊标本可适当延长报告时间；报告单可在网上查询；

3、送检标本收取次数：每天一次，特殊情况临时增加一次；

4、全年服务：全年全天候上门收取标本（农历除夕、大年初一二三、不可抗力情况除外）；

5、所有样本的运送必须符合样本温度的管理要求，有专业的标本冷链物流配送，温度控制在全程2-8℃，数据记录保存≥2年，备查；

6、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；

7、特殊标本（包括急诊标本、病理标本）：提供临时加急服务，需提供具体方案及报告出具时限等；

8、提供专业客户服务人员；服务时效：日常电话及时应答，投诉2小时内回复调查进展；

9、外送检验项目结果需回传至医院LIS系统，中标方承担相关接口费用；

10、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。五次以上延迟报告的，采购人有权提前解除合同；

11、对结果明显有差异的，中标方应无条件免费复查；

12、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；

13、按照检验质控要求，定期提供检验仪器设备性能验证报告；

14、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；

15、院方将不定期组织专家至中标方现场检查、督导并查看试剂、设备等采购相关台账，如发现中标方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，中标方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；

16、送检标本及检测数据、质控数据、检测报告的所有权为院方，中标方有为院方保密的义务，在未经院方书面同意或授权前提下，中标方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；

17、中标方必须严格遵守《中华人民共和国人类遗传资源管理条例》，如有违反，所有责任由中标方承担。

**供应商如同意以上条款，请签字盖章如下：**

供应商(盖单): 签名:

日期： 年 月 日

## 二、供应商报名登记表

**公司名称**：（盖公章） **医疗机构执业许可证号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **项目明细** | **浙江省物价代码** | **医疗物价收费价格（元）** | **出报告时间** | **检测方法** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1. 一个单位报名多个项目可加行。

## 三、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：

## 四、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 |

## 五、项目参数响应表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 响应情况 | 偏离情况 | 说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**备注：请逐条对应附件1的项目参数要求**

**六、公司无重大违法行为承诺书**

**公司无重大违法行为承诺书**

浙江大学医学院附属儿童医院：

我单位郑重承诺，近三年内，在经营活动中没有重大违法记录。若医院在采购过程中发现我单位近三年内经营活动中有重大违法记录，我单位愿意无条件终止与医院的合同，并承担因此引起的一切后果。

承 诺 单 位（公章）：

法定代表或其授权人（签字）：

日 期： 年 月 日

## 七、相关证照

7.1工商营业执照

7.2医疗机构执业许可证

7.3其他满足本项目检测服务必须具备的证照

## 八、其他资料

9.1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。

9.2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。