**三台县人民医院**

**关于远程疑难病理会诊及病理外送项目采购公告**

**各潜在供应商：**

根据医院工作需要，拟于第三方检验机构合作，对远程疑难病理会诊及病理外送。欢迎符合相应要求的供应商参加，具体事项如下：

**一、项目内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **出报告时限** |
| 1 | 疑难病例会诊 | 2个工作日 |
| 2 | 外送免疫组化检测 | 7个工作日 |

注：本项目采购单价，总执行金额不超10万元。

**二、项目要求**

1、服务要求：根据采购人临床业务需求提供相应检查项目服务，搭建基于数字切片的远程会诊平台并提供相应设备，提供其对应的查询服务及快递费用。

2、服务响应：供应商周一至周五接收到上传病例2个工作日内出具病理报告/初步病理报告；如需加做免疫组化检测，收到标本5个工作日内出具病理报告，报告格式符合行业要求。

3、质量保障：中标人保证会诊平台资质流程合法合规，确保病理会诊结果的有效性，做好病理报告质量控制。

4、咨询服务：中标人需提供服务电话、网络查询、微信查询等多种渠道供采购人相关临床部门进行业务咨询、报告查询等功能。

**▲三、其他要求**

1、根据绵阳市物价管理部门相关规定医疗机构收费标准制定及调整收费价格。

2、后续如临床需要开展新的外送委托检验项目，按照《绵阳市医疗服务价格》（2004年）、绵阳市医疗服务价格绵价费【2004】141号、绵市发改收费[2016]384号、绵市发改收费〔2017〕71号附件修订第一批、绵市发改收费〔2017〕72号附件修订第二批、绵阳市2018年第一批新增医疗服务价格表等文件以及四川省或绵阳市医疗保障局、四川省或绵阳市卫生健康委员会等主管部门制定的最新医疗服务价格文件中与医院对应等级的收费标准进行增加，双方结算价格按照中标下浮率结算。如绵阳市三级甲等医院收费标准有最新标准，按最新标准执行。

3、投标人报价须根据绵阳市医疗服务价格规定在绵阳市三级甲等医院收费标准基础上统一下浮。

**注：文件中标注“▲”符号的，为本项目实质性要求，如不满足，作无效投标处理。**

**▲四、商务要求**

1、总执行金额不超10万元。

2、服务地点：采购人指定地点。

3、结算付款方式：按月度支付，采购人根据成交供应商当月检验项目数量、绵阳市医疗服务物价管理部门规定的医院收费标准和成交供应商下浮率报价核算，成交供应商须按照财政支付要求提供相关凭证（如增值税发票、送检清单等），采购人将按照财政支付流程进行结算支付。

4、履约验收方式：严格按照国家相关法律法规要求、采购文件要求、成交供应商响应文件内容、采购合同约定内容进行验收。

5、报价说明：根据绵阳市物价局或绵阳市医疗保障局或绵阳市卫生健康委员会等相关部门制定的绵阳市医疗服务价格（含调整及新增）中与医院对应等级的收费标准，供应商在此收费标准的基础上统一报下浮比例；结算金额=收费标准\*（1-下浮比例）\*检验项目数量；在年预算额度内提供检验服务。（备注：供应商所报的价格须包括本服务项目相关的所有成本、费用、相关税费和合理利润等其他相关费用。）

6、其他：未尽事宜，以合同约定为准。

**注：本章标注“▲”要求为本项目实质性要求，不满足作无效投标处理。**

**五、供应商资格**

1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定:

（1）具有独立承担民事责任的能力

（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度

（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力

（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录

（5）参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录

（6）本项目参加政府采购活动的投标人、法定代表人(非法人负责人、自然人本人)在前3年内不得具有行贿犯罪记录

（7）法律、行政法规规定的其他条件

2.本项目的特定资格要求：

（1）投标人具有有效的《中华人民共和国医疗机构执业许可证》。

**六、报价须知**

1.报名时间：2022年6月10日至2022年6月14日8:00-12:00，,14:30-18:00致电三台县人民医院采购办报名。报名电话：0816-5222252，联系人：邹老师、云老师。

2.资料递交方式：本次报价文件采取邮寄（顺丰快递）的方式，收件人：邹老师，联系电话：0816-5222252，地址：三台县人民医院采购办。

3.递交资料内容：报价单（含报价人完成本项目所需的一切费用。提示：一次报出最终价格，不予变更。）、供应商资质、业绩、服务方案等资料，邮寄资料请注明公司名称、联系人、联系电话。

4.比选时间：2022年6月17日15:00（请供应商保持通讯畅通），文件递交截止时间：2022年6月17日12时00分（北京时间）。请各报名供应商报名后尽快寄出资料，未收到邮寄资料的公司报名资格自动无效。

5.比选地点：行政楼五楼会议室

6.定标方式：综合评分，一次报价，符合资格条件不足3家供应商，不予评标。

**七、结果公告：**三台县人民医院官网。

三台县人民医院采购办

2022年6月9日

综合评分细则：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分因素及权重 | 分值 | 评分标准 | 说明 |
| 1 | 报价10% | 10 | 报价参照绵阳市医疗服务价格规定在绵阳市三级甲等医院收费标准基础上报统一下浮比例。  下浮比例最高的为基准下浮比例，得满分10分，其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分=(1-基准下浮比例／1-下浮比例)×10%×100。 |  |
| 2 | 业务能力20% | 20 | 1.供应商具有实验室技术人员中级职称的，每提供一名得0.5分，具有高级职称的，每提供一名得1分，满分20分。（提供职称证书及与供应商单位签订的劳动合同复印件）。 | 注：人员不重复计分。 |
| 3 | 综合实力35% | 35 | 1.供应商实验室通过ISO15189质量体系认证。认证项目低于50项得2分，认证项目51-80项得3分，认证项目81-100项得5分，认证项目大于100项得8分。认证项目中包含病理专业的，得2分。（提供相关证明材料）。满分10分。  2.供应商实验室或所属集团内实验室通过CAP质量体系认证的，得2分。（提供相关证明材料）满分2分。  3.供应商能够提供LIS系统或病理科信息系统端口免费对接的，得2分（提供承诺函），能够提供具有自主知识产权的LIS系统及病理信息系统供医院免费使用的，得3分（提供承诺函及检验科LIS系统与病理信息系统自主知识产权证明材料）。满分5分。  4.供应商自2020年以来参加国家及省级室间质评，每一个检验项目合格得0.5分，满分18分。（提供相关证明材料） |  |
| 4 | 类似业绩证明10% | 10 | 供应商提供同类项目经营业绩证明，每1个类似项目业绩得1分，满分10分。（提供合同复印件） | 注：科研合同除外；注释：①科研合同是以科研形式签订的外送检验合同。  提供合同复印件。 |
| 5 | 服务方案25% | 25 | 根据投标人提供的服务方案进行综合评分，包括以下内容：①服务流程、②标本接收、③检测流程、④检验报告送达、⑤增值服务、⑥质量保障措施、⑦应急方案。服务方案内容齐全且完全满足本项目需求的得25分，每缺一项扣4分，每有一项阐述不清、描述不明扣2分，扣完为止。 |  |

附件1

**响应文件**

**项目名称：**

**授权代表：**

**手机号码：**

**供应商全称： （盖章）**

**年 月 日**

**报价单**

致：三台县人民医院

我公司根据绵阳市医疗服务价格规定在绵阳市三级甲等医院收费标准基础上统一下下浮 %。

填表说明：供应商所报的价格须包括本服务项目相关的所有成本、费用、相关税费和合理利润等其他相关费用。

单位名称（盖章）：

联 系 人：

联系电话：

日 期： 年 月 日

**商业信誉承诺书**

三台县人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有良好的商业信誉。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**具有健全的财务会计制度承诺函**

三台县人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有健全的财务会计制度。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日 **具有履行合同所必须的设备和专业技术能力的承诺书**

三台县人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）具有参加本次采购活动，履行采购合同所必须的设备和专业技术能力。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**没有重大违法记录的书面声明**

三台县人民医院：

（供应商名称）郑重声明：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录（即因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚的行为）。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**无行贿犯罪记录的承诺函**

三台县人民医院：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内公司及法定代表人（非法人负责人、自然人本人）在前3年内无行贿犯罪记录。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**法定代表人身份证明**

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商单位名称） 的法定代表人。

特此证明。

供应商（盖章）：

日 期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件。

注：法定代表人亲自投标而不委托授权代理人投标适用。

**法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：我 （姓名 ） 系 （供应商） 的法定代表人，现授权委托 （单位名称） 的 （姓名） 为我公司代理人，以本公司的名义参加 （招标人） 的 （项目名称） 的投标活动。代理人在资格审查、开标、评标、合同磋商过程中以我单位的名义所签章的一切文件和处理与之有关的一切事物，我均予以承认。

代理人无权转让此授权委托书，特此委托。

供应商（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

附：（1）法定代表人身份证明原件和法定代表人身份证复印件。

（2）授权委托人身份证复印件。

注：法定代表人不亲自投标而委托授权代理人投标适用。

**供应商资质证明文件（加盖鲜章）**

**业绩、服务能力、服务方案等（格式自拟，加盖鲜章）**