## 弘爱医系第三方医疗服务项目（33个）报价单

## 一、报价承诺

## 1、本报价单请于2025年5月 28 日12点前送达弘爱医院综合楼四楼前台（报价资料需用档案袋密封，封口加盖公章，不符合此规定，报价无效）。邮寄地址：厦门市湖里区仙岳路3777号厦门弘爱医院综合楼四楼 采购部：蒋际友 收；联系电话： 18959294298 。请务必使用顺丰快递，并将快递单号及公司名称发至邮箱jfsj@chinacdc.com；

**2、本公司承诺可提供的其他服务条款：（若有其他服务条款内容，可自行增加说明）**

## 二、报价清单明细详见附件

## 报价公司（公章）：

## 时间：2025年5月 7 日

**报价文件明细**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **清单明细** |
|  | 项目报价单 |
|  | 投标承诺函 |
|  | 法定代表人身份证明 |
|  | 授权委托书 |
|  | 投标单位基本情况表 |
|  | 近三年内与本项目类似的大型项目案例清单 |
|  | 保密承诺书 |
|  | 诚信守法承诺书 |
|  | 响应偏离表 |
|  | 投标相关问题说明 |
|  | 企业研发技术人员情况 |
|  | 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的承诺书 |
|  | 检验外送项目电子报告模板（请按照项目序号进行编号命名）**-电子版（打包成压缩文档）** |
|  | 本次外检项目需求匹配情况**-电子版（打包成压缩文档）** |
| **序号1-12：报价文件必需用档案袋密封提供**  **序号1-14：密封档案袋附U盘需储存：①序号1-12盖章扫描件②序号13-14电子版** | |

**包1：项目报价单（有物价收费标准）**

| **序号** | **检测项目名称** | **检测内容** | **样本要求** | **检测方法** | **报告周期**  **（自然日）** | **物价收费**  **金额（元/例）** | **福建/厦门三甲医院已开展医院名称** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 呼吸道病原学198项 |  |  |  |  | 800 |  |
|  | 儿茶酚胺检测（肾上腺素+去甲+多巴胺） |  |  |  |  | 145 |  |
|  | 血免疫固定电泳 |  |  |  |  | 100 |  |
|  | 肺癌自身抗体谱7项 |  |  |  |  | 260 |  |
|  | Septin9大肠癌基因甲基化测定 |  |  |  |  | 700 |  |
|  | 尿免疫固定电泳 |  |  |  |  | 100 |  |
|  | 微量元素六项（Fe、Mg、Ca、Cu、Zn、Pb） |  |  |  |  | 55 |  |
|  | 尿蛋白电泳 |  |  |  |  | 100 |  |
|  | 抗β2-糖蛋白1抗体测定 |  |  |  |  | 45 |  |
|  | 血蛋白电泳 |  |  |  |  | 40 |  |
|  | 恶性肿瘤特异生长因子（TSGF） |  |  |  |  | 40 |  |
|  | 抗精子抗体（ASA）IgG测定 |  |  |  |  | 40 |  |
|  | 脂溶性维生素群（A、D、E、K1、25-OH） |  |  |  |  | 210 |  |
|  | 阿尔兹海默病相关神经丝蛋白（AD7c-NTP） |  |  |  |  | 350 |  |
| **以上具有福建收费标准项目结算折扣率（%）：**折扣率为院方给各机构结算费用的比例 | | | | | | | 【 】**%** |

**供应商名称：**

**2025年5月 日**

**包2：项目报价单**

| **序号** | **检测项目名称** | **检测内容梗概** | **样本要求** | **检测方法** | **报告**  **周期**  **（天）** | **市场收费**  **定价**  **(元/例)** | **报价**  **结算价**  **(元/例)** | **福建省物价收费金额**  **（元/例）** | **福建省物价收费代码** | **福建/厦门三甲医院已开展医院名称** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（必填项；若有则写具体收费代码，若无则写无）** | |
|  | SDC2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肺癌139基因 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肠道微生态检测 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 泛实体瘤769基因+pd-L1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 病原学宏基因组测序（DNA） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 食物不耐受检测100项 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肺癌11基因+pd-L1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肺癌14基因 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肿瘤全外显子425基因 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 自身免疫性脑炎抗体（血、脑脊液）14项 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 重症肌无力，VGCC抗体 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 病原学宏基因组检测（DNA+RNA） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | cfDNA全基因组测序肝癌及早期预警筛查 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肺癌769基因+肺癌MRD分子残留病灶检测 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 全外显子检测 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HRR相关BRCA12等26基因（胚系+体细胞）+HRD评分 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肺癌MRD分子残留病灶检测 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 乳腺癌 21 基因检测 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 副肿瘤抗体谱 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **备注：**同一检测项目因样本要求、检测方法及报告周期等方面存在差异，将导致收费定价或结算价不同则需分项报价。 | | | | | | | | | | |

## 2.投标承诺函

**厦门建发医药有限公司：**

经研究，我司决定参加**弘爱医系第三方医学检验机构遴选项目**的相关谈判活动并提交响应文件。为此，我方郑重声明以下诸点，并负法律责任。

1、我方提交的响应文件，正本一份，副本二份，电子版1份。

2、如果我们的响应文件被接受，我们将履行谈判文件中规定的每一项要求，并按我们响应文件中的承诺按期、按质、按量提供服务。

3、我们理解，你们有选择成交供应商的权力。

4、我方愿按《中华人民共和国民法典》履行自己的全部责任。

5、我方若未成为成交供应商，贵机构有权不做任何解释。

6、我方的响应文件自报价之日起有效期为【 】日。

7、与本报价有关的一切正式往来通讯请寄：

地 址：

邮政编码：

授权代表：

电话号码：

传真号码：

开户名称：

开户银行：

银行帐号：

授权代表签字：

供应商名称及盖章：

日 期：年 月 日

## 3.法定代表人身份证明

投标人名称：

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（投标人名称）的法定代表人。

特此证明。

附身份证复印件（包括正反面）：

投标人：（盖单位章）

法定代表人或其委托代理人：（签字）

日 期：年 月 日

## 4.授权委托书

本人\_\_\_\_\_（姓名）系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标人名称）的法定代表人，现委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改**弘爱医系第三方医学检验机构遴选项目**合作投标文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：【 】。

代理人无转委托权。

附授权代理人身份证复印件（包括正反面）：

投标人：（盖单位章）

法定代表人：

法定代表人身份证号码：

委托代理人：（签字）

委托代理人身份证号码：

年 月 日

## 5.投标单位基本情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司名称（盖章） |  | | |
| 公司地址 |  | 邮编 |  |
| 电话 |  | 传真 |  |
| 法定代表人 |  | 注册资本 |  |
| 纳税人登记号 |  | 企业成立日期 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 银行资信情况 |  | | |
| 公司组织架构  和人力配置 |  | | |
| 公司简介 |  | | |
| 过去三年业务  营业额及利润率 |  | | |
| 业务相关  资质和荣誉 |  | | |
| 典型案例 |  | | |

**备注：需提供在有效期内的以下材料作为本表的附件：**

1. **营业执照有效复印件、税务登记证有效复印件，均需加盖公章；**
2. **公司资信材料、资质证书、获奖证书等并加盖公司；**

**表格无法填下请以附件方式提交并标注**。

**6.近三年内与本项目类似的大型项目案例清单**

受邀单位曾经完成与本项目内容相同或相似项目一览表（福建省优先）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **年度** | **客户名称** | **客户联系人及联系方式** | **合作模式** | **项目内容** | **合作年限** | **合作项目金额** | **运营情况** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |

**7.保密承诺书**

本单位参与**弘爱医系第三方医学检验机构遴选项目**，鉴于工作过程中已经或将要接触到弘爱医系非公开的信息资料，为保护弘爱医系对其秘密信息所享有的合法权益，本公司承诺本公司及参与本项目的本公司员工遵循如下：

严格保守弘爱医系提供的各种秘密信息，采取相应保密措施，未经弘爱医系书面同意或授权，不得向任何人士披露或泄露秘密信息。

（1）秘密信息的使用只限于完成弘爱医系指定的工作，未经弘爱医系书面同意，不得将秘密信息用于其他目的。

（2）未经弘爱医系书面同意或授权，不得在任何公开场合（包括但不限于发表论文、文章、参加研讨会等会议，发布广告），以任何方式向任何人士披露秘密信息。

（3）不得以透露、转让、转移、许可、赠送等任何方式向任何第三方提供上述秘密信息，本公司应采取积极有效的保密措施防止第三方接触这些秘密信息。

（4）弘爱医系提供的所有秘密信息，其所有权和知识产权归弘爱医系所有，本人除有权为完成弘爱医系指定的工作而进行使用外，对秘密信息不享有其它权利。

（5）如果本公司或本公司员工违反本承诺书导致弘爱医系的秘密信息泄露，则本公司承担由此给弘爱医系造成的全部经济损失。

本承诺自签署之日起生效，不因工作结束或终止而失去效力，其有效期至秘密信息全部对外公开。

所涉相关事宜应适用中华人民共和国法律解释，若产生争议的，由弘爱医系住所地法院管辖诉讼解决。

注：以上所说的“秘密信息”是指弘爱医系在本承诺生效前及生效后提供的任何信息，包括但不限于：

（1）以手写、打印、软件、胶片以及其它可接触的方式记载的信息。

（2）以口头方式提供的信息。

（3）在工作过程中以其它形式获得的弘爱医系及其关联单位信息。

（4）秘密信息的范围包括但不限于：专有的医院信息和数据（包括但不限于单位组织结构及人员数量、软硬件设备信息、网络结构、公司战略计划、管理流程、财务数据、营销数据、销售机会、市场信息、客户和供应商信息等）以及所有法律文件。

投标人（法人单位盖章）：

2025年 月 日

## 8.诚信守法承诺书

**厦门建发医药有限公司:**

本单位在参加贵单位 **弘爱医系第三方医学检验机构遴选项目** （项目名称）的招标或采购环节中，本单位及单位的工作人员都将坚持诚实信用守法原则，严格按照有关法律法规和程序开展业务工作，严格执行建设的有关方针、政策、强制性标准和规范，并在此郑重承诺：

一、决不索取或者收受与上述项目有关联的采购人员、招标代理机构、评标委员会、供应商等任何一家单位及其工作人员的财物或者各种名义的回扣、手续费；

二、决不给予与上述项目有关联的采购人员、招标代理机构、评标委员会、供应商等任何一家单位及其工作人员财物或者各种名义的回扣、手续费。

若本单位或本单位工作人员违背上述承诺，致使贵单位工作人员受到纪检监察部门党纪、政纪处分，自处分确定之日起三日内，本单位自愿支付贵单位五万元人民币违约金；致使贵单位工作人员受到司法机关刑事追究（判处拘役或有期徒刑以上刑罚处罚），自判决生效之日起三日内，本单位自愿支付贵单位十万元人民币违约金；致使与上述工程项目有关联的招标代理机构、评标委员会、供应商等单位工作人员受到司法机关刑事追究（判处拘役或有期徒刑以上刑罚处罚），自判决生效之日起三日内，本单位自愿支付贵单位十五万元人民币违约金。

特此承诺，自愿约定责任无期限。

投标人（法人单位盖章）：

2025年 月 日

## 9.响应偏离表

**说明：如有偏离，投标人需分类详细填写**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 招标要求 | 偏离说明 |
| 1 | 中标人按病种报价，该报价作为双方签订合同的附件。有明确收费标准的按标准执行，没有收费标准的，对患者收费不得高于厦门地区公立三甲医院标准。如果收费高于厦门地区公立三甲医院，一经查实，由中标人按超额部分双倍向医院进行赔偿。 |  |
| 2 | 患者送检项目及价格需经过我院相关部门审核通过后，方可送检，严禁中标人私自与患者接触，否则由中标人按送检价格双倍向医院进行赔偿。 |  |
| 3 | 若检测项目有福建省物价收费标准，且院方要求供应商将其Lis系统对接至医院Lis系统的，则对接系统产生的费用（约5万元，具体费用以实际信息对接要求为准）由供应商承担。 |  |
| 4 | 若检测项目无福建省物价收费标准，且院方要求供应商将其项目签约上线建发健康商城平台，则每次检查供应商需额外支付患者收费金额的5%作为信息平台管理费。 |  |
| 5 | 有福建省物价收费标准项目，由弘爱医系向各机构结算，结算回款周期：按季度结算。 |  |
| 6 | 无福建省物价收费标准项目，由各机构向弘爱医系结算，结算回款周期：按季度结算。 |  |

## 10.投标相关问题说明

**请针对下表中的内容，逐一详细回复，需要提供相应证明文件的，一并附在此表后按顺序摆放并标注页码。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项次** | **内容** | **详细说明** |
|  | 厦门市签约合作医院数量  （二级以上医疗机构、以合同为依据） | （ ）家 提供相关合同复印件附在投标文件后（电子档即可） |
|  | 在指定33项目中，通过国家室间质评（EQA）项目 | （ ）项 提供相关室间质评资料扫描件附在投标文件后（电子档即可） |
|  | 在指定33项目中（附录1），具有性能验证报告项目 | （ ）项 提供性能验证扫描件附在投标文件后（电子档即可） |

**11.企业研发技术人员情况**

1、合作单位资料

①公司（盖章）：

②注册地址：

③证件资料（复印件并加盖单位公章）：营业执照、医疗执业许可证、对应项目所需的实验室资质、组织机构代码证、税务登记证、企业安全生产许可证、企业资质证书正副本、所获与本项目有关的认证资质等证件资料。

④本项目合作建设合作委托书。

⑤其它能证明公司实力的荣誉或文件（复印件并加盖单位公章）。

2、合作单位研发技术人员情况一览表（格式如下）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **企业研发技术人员情况** | **学历** | **人数** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**12.具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的承诺书**

致：厦门建发医药有限公司

我司承诺：具备履行 **弘爱医系第三方医学检验机构遴选项目** （项目名称）项目合同所必需的设备和专业技术能力。

投 标 人（全称并加盖公章）：

投标人代表签字：

日 期：