中山大学孙逸仙纪念医院

采购血液疾病基因检测项目（二）

邀请报价文件

中山大学孙逸仙纪念医院

2021年3月

邀请文件

**一、项目概况：**

1、项目名称：中山大学孙逸仙纪念医院采购血液疾病基因检测（二）项目服务。

2、预算金额：人民币19.8万元/年。

3、项目概况及规模：中山大学孙逸仙纪念医院“血液疾病基因检测（二）”项目暂时无法开展，为满足临床送检需要，拟临时委托第三方检验公司协助完成，外送检验有效期为1年。合作期限内，我院实验室能够在院内自行开展本协议中的检测项目时，该项目可提前终止，且不承担任何的违约责任。具体内容见《内容明细》（附件1）。

**二、单位资质要求**

1、具备合法检测的相关资质证明且均在有效期内；

2、具备独立企业法人资格，且营业执照在有效期内；

3、费用报价（投标价要在物价收费标准的下浮率30%-70%之间）；

4、在报告时间要求前出具检验结果报告。

**三、报价资料封装及递交要求**

1、报价资料加盖公章后密封，并加盖骑缝章。

2、资料提交地址：广州市越秀区沿江西路107号岭南楼8楼医务科

3、联系人：姜老师，电话020-81332505

4、邮政编码：510120

**附件A**

**报 价 函**

供应商名称：

项目名称：中山大学孙逸仙纪念医院采购血液疾病基因检测（二）项目服务

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **服务名称** | **服务期限** | **报价下浮率** |
| 1 | 血液疾病基因检测（二） | 1年 | 下浮 % |
| **报价有效期** | 自提交报价文件截止之日起90日 |
| **备注** |  |

注：1.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。

2.供应商须按照广东省物价局《中央、军队、武警省属驻穗非营利性医疗机构医疗服务价格》及根据最新物价标准修改的单价收费标准**对本项目检验内容提供统一的比率报价，其报价比率须控制在规定价格的70% 或以下（即下浮率须达到30%或以上），否则将导致报价无效**，如果发现供应商的报价明显低于其他通过符合性审查供应商的报价，有可能影响产品质量或者不能诚信履约的，供应商必须要出具详细的成本清单、包含供应商的利润分析、成本分析等，否则按无效报价处理。

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

联系人姓名及电话：

联系地址：

**附件B**

1. 营业执照副本复印件（如非“三证合一”证照，同时提供有效的税务登记证及组织机构代码证副本复印件）（加盖公章），投标人在经营范围投标 (如营业执照未记载经营范围，同时提供在全国企业信用信息公示系统查询的单位“登记信息”的打印页面）；
2. 有效的《医疗机构执业许可证》复印件（加盖公章）；
3. 法定代表人及授权委托人身份证复印件（加盖公章）；
4. 其他相关证明文件复印件（加盖公章）。

**附件C**

**法人授权委托书**

兹授权 为我方委托代理人，其权限是：作为我方唯一法定授权代表以我方名义办理中山大学孙逸仙纪念医院采购血液疾病基因检测（二）项目的报价及相关一切事宜。自法定代表人签字之日起生效。

特此委托。

附：代理人性别： 年龄： 身份证号码：

法定代表人：（签名或签章）

授权单位（盖章）：

法定代表人及委托代理人身份证复印件：

年 月 日