**四川省妇幼保健院关于比选“院内孕妇外周血游离DNA检测者专项保险服务合作供应商”的公告**

潜在供应商：

我院将召开“院内孕妇外周血游离DNA检测者专项保险服务合作”院内比选采购会议，会议由医务部组织。届时，请潜在供应商准时参加，务必提供公司资质（密封盖章）、投标文件（复印件加盖鲜章）、第一次报价单（密封盖章），具体事项如下：

1.会议时间：2024年9月10日（星期二）上午9：00

2.会议地点：四川省妇幼保健院（晋阳院区）-综合楼1楼远程会议中心

3.采购方式说明：

3.1本次采购拟采用比选方式，评审小组成员由医务部、医学遗传与产前诊断中心、院内专家、院外专家等相关人员组成。根据供应商制作的《采购投标文件》(一式五份)、最终报价函以及评审情况予以评标，推荐成交供应商。评审结束七个工作日内，医院将中标结果通知供应商。如采购结束后有特殊情况需再度议价，届时将另行通知相关事宜。

3.2本次比选接收联合投标。

3.2.1、每个联合体成员都需要具备独立合法的营业执照，并在投标文件中提供有效的营业执照副本作为证明。营业执照应该是在合法机构颁发的，并且在招标截止日期之前仍然有效。

3.2.2联合投标需提供联合体协议。

4.请仔细阅读参加会议需要的相关内容，如有贻误，后果自负。

4.1如果本次比选项目，存在不符合市场调查、资格主体异常、过程违规等情况，可以暂不合作，无义务向各机构解释具体原因。

5.需求参数（见附件1）。

6.投标人的要求（其中6.1-6.4为资格证明文件）

6.1在中国境内注册并具有独立法人资格的合法企业；6.2投标人应提供以下资料(复印件加盖鲜章)：

6.2.1有效的营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一营业执照（副本）；

6.3如属于国家规定的需要其它相关资质证明文件或其它涉及特许经营许可的，提供相关证书。

6.4投标人需提供法定代表人授权书（原件，格式见附件4）,法定代表人和经办人身份证复印件。

7.评审办法（见附件2）。

8.其他要求：

8.1参选供应商应承诺提供相应的技术支持和服务（包括响应时间，并对相关问题提出具体的可操作方案和解决途径）。

8.2参选供应商应承诺，对合作方认为必要的实地考察或其他方式的询问进行相应的协助。

8.3参选供应商应在参选文件中按比选公告的规定和要求附上所有的资格证明文件，要求提供复印件的必须加盖单位鲜章，并在必要时提供原件备查。若提供的资格证明文件不全或不实，将导致其合作资格被取消。

9.报名时间及方式：

9.1报名时间：2024年9月9日下午16:00前。

9.2报名方式：拟参选供应商在报名期限内携带单位的资质要求复印件一份，每一页盖公章送至四川省妇幼保健院医务部（详细地址：成都市武侯区沙堰西二街290号门诊楼1楼门诊部办公室）。逾期将不接受比选会议报名。

10.会前要求：

参选供应商需于2024年9月9日中午12:00前到我院医院网站“四川省妇幼保健院官网”(www.fybj.net)上下载公告。

11.会议安排：

11.1 2024年9月10日9:00前，参选供应商必须携带机构上述资质证明（一份）、《参选文件》（一式五份，正本1份；副本4份，并分别在右上角标明“正本” 和“副本”字样）密封盖章报送至会议地点。以上资料必须在公告截止时间前送达公告要求地点。逾期送达或密封不符合比选公告规定的恕不接收。

11.2医务部主持会议。主持人宣布比选步骤、强调工作纪律、介绍比选工作等。

11.3医务部负责组织评审专家对参选供应商的资格进行审查，通报资格审查情况，宣布参加比选的供应商名单。

11.4评审小组成员根据各参选供应商方案及报价等情况进行综合评比，现场统分，打分后形成比选意见。

11.5根据评审小组成员综合评审情况，填写相应表格，评审小组成员签字确认。

11.6医务部汇总填写《评审报告》，逐级上报。

11.7七个工作日内，将比选结果在医院网站公示告知参选供应商。

12.其它说明：

12.1参选文件等资料的编制、装订：根据要求及自身实际用A4纸编制，严格按照参选文件书（见附件3）的要求进行装订。提供的所有资料须加盖鲜章。

12.2确定的合作供应商需在约定时间内完成此次合作项目交付。

12.3解释权归医务部。联系人：钟老师  电话：028-65978228。

12.4每位参会人员需携带身份证。

附件1：需求参数

附件2：评审办法（评分明细表）

附件3：采购文件书装订顺序

附件4: 法定代表人身份授权书

附件5：偏离表

附件6：业绩证明表

附件7：反商业贿赂承诺书

附件8：供应商遵守遴选纪律承诺书

附件9：报价表

附件1：

需求参数

一、项目概述

比选服务供应商，由服务供应商为我院院内孕妇外周血游离DNA检测者提供专项保险服务。

二、采购预算

1.项目预算金额：48.96万元。

2.服务期限：两年

三、服务需求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **保险责任** | **保障期间** | **理赔申请****时效** |
| 1.如果检测结果为“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”、“性染色体异常”(45 XO、47 XXX、47 XXY、47 XYY)等全部染色体数目异常及染色体缺失重复结构异常为“高风险”或“阳性”（以保险合同认定为准），被保险人（即受检者）接受介入产前诊断所产生的检查费用（包括绒毛穿刺术、羊膜腔穿刺术或经皮脐静脉穿刺术费用、染色体核型分析费用）以及辅助产前诊断的分子遗传学检查费用（包括染色体荧光原位杂交即FISH；以及染色体基因芯片分析、Chromosomal MicroarrayAnalysis、CMA、含 array CGH、SNP array、QF-PCR、高通量测序等检测费用），由乙方根据保险合同约定给予报销，最高给付金额为单胎人民币 2500 元（贰仟伍佰元整）、双胎4500元（肆仟伍佰元整），赔付后乙方对该被保险人所有保险责任终止。 | 保单生效之日起一年内 | 自发生合同中约定的保险事故起一年 |
| 2.如果检测结果为“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”、“性染色体异常” (45 XO、47 XXX、47 XXY、47 XYY)“低风险”或“阴性”（以保险合同认定为准），被保险人在孕期中，胎儿经二级及以上公立医院专科医生明确诊断（染色体核型分析报告）患有“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”、“性染色体异常” (45 XO、47 XXX、47 XXY、47 XYY)（不包含胎儿染色体异常嵌合型及染色体倒位、易位型），并已终止妊娠的，无论是单胎或双胎，由乙方根据保险合同约定给付被保险人保险金人民币 20000 元（贰万元整），同时对该被保险人的所有保险责任终止。 | 保单生效之日起一年内 | 自发生合同中约定的保险事故起一年 |
| 3.如果检测结果为“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”、“性染色体异常” (45 XO、47 XXX、47 XXY、47 XYY)“低风险”或“阴性”（以保险合同认定为准），但被保险人的胎儿出生后一年内经二级及以上公立医院专科医生首次明确诊断（染色体核型分析报告）患有“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”、“性染色体异常” (45 XO、47 XXX、47 XXY、47 XYY)（不包含胎儿染色体异常嵌合型及染色体倒位、易位型），无论是单胎或双胎，由乙方根据保险合同约定给付被保险人保险金400000 元（肆拾万元整），同时对该被保险人的所有保险责任终止。 | 胎儿出生后一年内 | 自发生合同中约定的保险事故起一年 |
| 4.如果检测结果为“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”等检测申请单上标明的 139种染色体疾病“高风险”或“阳性”（以保险合同认定为准），被保险人（即受检者）接受介入产前诊断所产生的检查费用（包括绒毛穿刺术、羊膜腔穿刺术或经皮脐静脉穿刺术费用、染色体核型分析费用）以及辅助产前诊断的分子遗传学检查费用（包括染色体荧光原位杂交即 FISH；以及染色体基因芯片分析、Chromosomal Microarray Analysis、CMA、含 array CGH、SNP array、QF-PCR、高通量测序等检测费用），无论是单胎或双胎，由乙方根据保险合同约定给予报销，最高给付金额为人民币 4500元（肆仟伍佰元整），赔付后保险公司对该被保险人所有保险责任终止。 | 保单生效之日起一年内 | 自发生合同中约定的保险事故起一年 |
| 1. 如果检测结果为“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”等检测申请单上标明的 139种染色体疾病“低风险”或“阴性”（以保险合同认定为准），被保险人在孕期中，胎儿经二级及以上公立医院专科医生明确诊断（染色体核型分析报告或辅助产前诊断的分子遗传学检查报告（包括染色体荧光原位杂交即 FISH；以及染色体基因芯片分析、Chromosomal Microarray Analysis、CMA、含 array CGH、SNP array、QF-PCR、高通量测序等检测））患有“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”等检测申请单上标明的 139 种染色体疾病（不包含胎儿染色体异常嵌合型及染色体倒位、易位型），并已终止妊娠的，无论是单胎或双胎，由乙方根据保险合同约定给付被保险人保险金人民币 20000 元（贰万元整），同时对该被保险人的所有保险责任终止。
 | 保单生效之日起一年内 | 自发生合同中约定的保险事故起一年 |
| 6.如果检测结果为“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”等检测申请单上标明的 139 种染色体疾病“低风险”或“阴性”（以保险合同认定为准），但被保险人的胎儿出生后一年内经二级及以上公立医院专科医生首次明确诊断（染色体核型分析报告或辅助产前诊断的分子遗传学检查报告（包括染色体荧光原位杂交即 FISH；以及染色体基因芯片分析、Chromosomal Microarray Analysis、CMA、含 array CGH、SNP array、QF-PCR、高通量测序等检测））患有“21 三体综合征”、“18 三体综合征”、“13 三体综合征”等检测申请单上标明的 139 种染色体疾病（不包含胎儿染色体异常嵌合型及染色体倒位、易位型），无论是单胎或双胎，由乙方根据保险合同约定给付被保险人保险金400000 元（肆拾万元整），同时对该被保险人的所有保险责任终止。 | 胎儿出生后一年内 | 自发生合同中约定的保险事故起一年 |

四、商务需求

1.本次采购项目的服务需求，不允许有负偏离。

2.赔付时间：检测结果阳性的患者，提供相关理赔材料至保险公司后3 个工作日内支付理赔款；若材料不符合要求，理赔人员电话指导患者补齐相关材料，待补齐后3个工作日内支付理赔款。

附件2：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评分细 则 | **序号** | **评分因素** | **分值** | **评分标准** | **得分** |
| 1 | 报价30% | 30分 | 响应材料满足磋商文件要求且以最后报价总价最低的为评审基准价，其价格分为30分。其他供应商的价格分统一按照以下公式计算：价格分=(评审基准价／最后报价总价)×30。 |  |
| 2 | 服务需求54% | 54分 | 完全符合服务需求参数要求得54分。负偏离一项扣9分，扣完为止。 |  |
| 4 | 业绩证明8% | 8分 | 提供2021年以来能够证明此项目履约能力的签约合同及赔付案例资料，每提供1个得2分，最多得8分，未提供不得分。 |  |
| 5 | 售后服务6% | 6分 | 根据供应商提供的售后服务方案，包含：①售后服务承诺；②服务响应；等两个方面进行评审，两方面提供完整且描述详细，符合本项目实际情况、有利于项目实施的得6分；每缺少一项或提供的方案与本项目无关的扣3分；每有一项存在缺陷或漏洞的，且不利于项目实施的扣2分。 |  |
| 6 | 投标文件规范 | 2分 | 参选方案制作规范，没有偏差得2分；有一项偏差扣0.2分，直至2分扣完为止。  |  |

评审办法（评分明细表）

附件3：

**采购文件书装订顺序**

1、封面（公司、项目、联系人、联系方式）

2、目录

3、报价表（格式见附件9）

4、服务需求（格式见附件1）

5、企业营业执照（复印件）

6、组织机构代码证、税务登记证（复印件）

7、保监委颁发的合法有效的《保险经营业务许可证》

8、法定代表人授权书（原件，格式见附件4）暨经办人授权书，法定代表人、经办人身份证（复印件）

9、偏离表（格式见附件5）

10、售后服务承诺书，包括售后服务体系、人员培训计划等，并提供相关人员证明材料，要求见评分办法“售后服务”说明

11、业绩证明文件（用户名单及联系人与联系方式，格式见附件6），并提供相应证明文件，要求见评分办法“业绩证明”说明

12、反商业贿赂承诺书（格式见附件7）

13、无围标、串标行为承诺书（格式见附件8）

14、封底

**注：请务必按以上顺序装订资料，如有非中文资料，请同时提供中文翻译件。**

附件4：

**法定代表人身份授权书**

（采购单位名称）：

    本授权声明：        （机构名称）           （法定代表人姓名、职务）授权                   （被授权人姓名、职务）为我方 “                             ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

投标人名称：   （加盖公章）

日期：

★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。

附件5：

**偏离表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招标要求 | 投标响应 | 偏离及其影响 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1、此表要求投标文件与招标文件要求一一对应、逐一列出；2．投标文件中与招标文件要求有负偏离的内容必须在此表中列出，否则视为无效投标。供应商必须据实填写，不得虚假响应，否则投标无效并按规定追究其相关责任。

法定代表人或授权代表签字：

日期:

附件6：

**业绩证明表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用户名称 | 合同时间 | 联系人及联系方式 | 备注 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

法定代表人或授权代表签字：

日期:

附件7：

**反商业贿赂承诺书**

为维护卫生行业的整体形象，保证合作的合法开展，维护贵院医疗、管理工作的正常秩序，保障广大患者的健康和利益，本厂家、商家、公司特郑重承诺如下：

一、严格按照《招标投标法》、《药品管理法》、《反不正当竞争法》等有关法律、法规、规章、政策的规定，规范遴选工作以及达成协议后的合作工作，保证做到合法遴选、正当竞争、廉洁经营。

二、本厂家、商家、公司保证在遴选工作及合作工作中承诺做到：

1.不与其他参选机构相互串通遴选报价，损害贵院的合法权益；

2.不与其他参选机构串通遴选，损害国家利益、社会公共利益或他人的合法权益；

3.不以向项目遴选方或者评审小组成员行贿的手段谋取中选；

4.遴选报价不违反相关法律的规定，也不以他人名义参加遴选或者以其他方式弄虚作假，骗取中选；

5.保证不以其他任何方式扰乱贵院的遴选工作；

6.保证不在遴选中采取账外暗中给予回扣的手段腐蚀、贿赂相关人员；

7.保证不以任何名义包括以宣传费、临床促销费、开单费、处方费、广告费、免费度假、考察旅游、房屋装修等任何名义给予贵院有关人员以财物或者其他利益；

8.保证不干扰贵院的正常工作秩序；

9.保证不以其他任何不正当竞争手段推销药品、医疗器械、设备、物资。

三、本厂家、商家、公司保证竭力维护贵院的声誉，不做任何有损贵院形象的事情。

四、本厂家、商家、公司保证加强对遴选、促销等工作的领导、监督和检查；加强对本厂家、商家、公司工作人员进行相关法律、法规、规章、政策等的教育工作，切实要求本厂家、商家、公司相关工作人员不得采取各类回扣手段腐蚀、贿赂相关人员。

五、对本厂家、商家、公司及本厂家、商家、公司工作人员采取以上手段遴选、促销等，干扰贵院正常工作秩序，损害贵院形象的，本厂家、商家、公司保证：

1.对尚处在遴选阶段的，贵院有权取消本厂家、商家、公司的遴选资格；已经中选的，贵院有权取消中选；对已经获得准入资格的，贵院有权随时取消本厂家、商家、公司的准入资格；

2.对本厂家、商家、公司相关工作人员作出严肃处理；

3.对由于本厂家、商家、公司或本厂家、商家、公司工作人员的上述行为给贵院造成经济或名誉损失的，由本厂家、商家、公司负责，并愿意承担全部民事赔偿责任。

六、遴选项目名称：

本《承诺书》一式二份（一份由承诺人自存；一份随竞价书传递）

承诺企业名称（公章）

法人代表或委托代理人（承诺人）

附件8：

**供应商遵守遴选纪律承诺书**

致四川省妇幼保健院：

我单位作为本次遴选项目的供应商，根据响应文件要求，现郑重承诺如下：

一、参加本次遴选活动，我单位不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他供应商参与同一合同项下的采购活动的行为。

二、参加本次临县活动，不得直接或者间接从遴选人或其代理机构处获得其他供应商的相关情况并修改其投标文件或者响应文件。

三、参加本次遴选活动，不得按照遴选人的授意撤换、修改投标文件或者响应文件。

四、参加本次遴选购活动，不得和本次遴选供应商之间协商报价、技术方案等投标文件或者响应文件的实质性内容。

五、本次遴选活动中，不存在属于同一集团、协会、商会等组织成员的供应商按照该组织要求协同参加本次采购活动。

六、参加本次采购活动，不存在与其他供应商之间事先约定由某一特定供应商中标、成交。

七、参加本次遴选活动，不存在与其他供应商商定部分供应商放弃参加采购活动或者放弃中标、成交。

八、参加本次遴选活动，不存在我单位的投标文件或者响应文件由其他参与本项目的单位或个人编制或委托办理投标事宜。

九、参加本次遴选活动，不存在我单位与采购人之间、供应商相互之间，为谋求特定供应商中标、成交或者排斥其他供应商的其他串通行为。

十、与我方存在直接控股关系的单位为：XXX；存在管理

关系单位为：XXX。

我单位对上述承诺的内容事项真实性负责并接受评审小组对我单位投标文件或者响应文件关于串通投标的审查。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

投标人法人代表或委托代理人（承诺人） ：

投标人：（公章）

日期： 年 月 日

附件9：

报价一览表

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **价格（元/例）** |
| 孕妇外周血游离DNA检测保险费 |  |

注：1. 报价应是最终用户验收合格后的总价，税费、采购文件规定的其它费用。

 2.“报价一览表”为多页的，每页均需由法定代表人或授权代表

签字并盖投标人印章。

3.“报价一览表”需单独密封。

供应商名称（盖章）： 法定代表人或授权代表（签字）：

联系方式： 日期：