附件1：

**基本遴选要求**

1.每家管理公司只能选择一种住院患者陪护服务项目方案，多选、漏选均视为无效。

2.必须是中国境内注册的独立法人合法企业，注册资金不得低于100万。

3.两个项目均需具备地市级及以上级别医院的护工服务项目经验不少于3家，最好具备对应病区服务经验。

4.两个项目均实行院内驻点管理，陪护管理公司需按实际使用场所向我院缴纳100元/平方米/月的房屋等相关公共设施设备的使用费用（税后）。其工作过程中产生的水电、通讯等等各类费用，按实际使用情况另行缴纳。此项内容需在《XX住院患者陪护服务及合作建议方案（包括合作项目的经济效益分配方案）》予以注明。

5.我院工作人员对两个项目的住院患者陪护服务人员进行相关专业培训，培训费用由陪护管理公司支付。此项内容需在《XX住院患者陪护服务及合作建议方案（包括合作项目的经济效益分配方案）》予以注明。

6.两个项目的陪护管理公司均需向我院交纳不低于人民币20万元的保证金（合同终止，无息返还）。

7.两个项目均需遵循市场价格，合理制定护工收费明细；制定护工监管内容及措施等。

8.两个项目均需每月按时给我院缴纳技术指导与项目管理费。(1)基础标准:产科病区住院患者陪护服务不低于5000元/月，除产科外其他病区的住院患者陪护服务不低于1500元/月。(2)同时根据项目内容及相应陪护管理公司收入情况按年度缴纳一定金额费用(作为遴选主要指标之一)。此项内容填报在“合作项目的经济效益分配表”中。

9.两个项目所有上岗人员均需经过专业培训，取得相应陪护资格认证，并经三级医院体检合格。

10.(1)两个项目均需根据我院现有床位提供基础服务人数。(2)两个项目均需根据我院业务量的增长匹配相应服务员工数量的增值服务。

我院床位数:（1）母婴健康中心（产科）：131张；（2）其他病区：290张。

11.两个项目的陪护管理公司均需与护工建立合同法律关系，护工与患者/患者亲属之间产生的纠纷由陪护管理公司负责，由此给医院造成的不良影响或损失由陪护管理公司承担。

12.与本项目相关的其他内容自行提供。

13．两个项目的PPT演示均需包括对以上要求的说明、典型案例及突出自身特色的内容等，时间5分钟以内。

**注：以上内容需逐一详细响应。**

附件2：

**陪护服务及合作建议方案文件书装订顺序**

1、封面（公司、选择的项目名称、联系人、联系方式）

2、目录

3、偏离表（格式见附件3-1）

4、详细服务方案

5、经济效益分配表（格式见附件3-2）

6、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）

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

8、其他证明材料。

9、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3：

**主要表格格式**

附件3-1：

**偏离表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 遴选要求 | 响应内容 | 偏离及其影响 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.此表要求响应内容与遴选要求一一对应、逐一列出；

2.据实填写偏离及其影响的内容，不得虚假响应，否则视为无效并按规定追究其相关责任。

机构名称（盖章）：

法定代表人或授权代表签字：

日期:

附件3-2：

**经济效益分配表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | | | 频次 | 金额（元） | 备注 |
| 1 | 房屋等公共设备使用费（税后） | | | 年 |  |  |
| 2 | 培训费 | 主任/副主任医师 | | 学时（2小时） |  |  |
| 主治医师 | |  |  |
| 住院医师 | |  |  |
| 主任/副主任护师 | |  |  |
| 主管护师 | |  |  |
| 护师 | |  |  |
| 3 | 项目保证金 | | | 年 |  |  |
| 4 | 技术指导费 | | 基础费用 | 月 |  |  |
| 年度费用 | 年 |  |  |
| 5 | 拟在其他合作领域投入的费用  （请自行添加） | | |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |

注：

1.“经济效益分配表”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。

机构名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字）：

联系方式：

日期：

附件4：

**法定代表人身份授权书**

（机构名称）：

本授权声明：（合作人名称）

（法定代表人姓名、职务）授权（被授权人姓名、职务）为我方“”项目合作的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关合作、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：

**四川省妇幼保健院廉洁购销合同**

甲方：四川省妇幼保健院

乙方：

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医院的购销行为，保证药品、医疗器械、仪器设备、物资、基建工程及服务等招投标过程合法合规，以及依法履行合同，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，经甲、乙双方协商，同意签订本合同，并共同遵守。

一、甲、乙双方都清楚并愿意严格遵守中华人民共和国反商业贿赂的有关法律规定，双方都清楚任何形式的贿赂和贪渎行为都将触犯法律，并将受到法律的严惩。

二、甲方或乙方均不得向对方或对方经办人或其他相关人员索要、收受、提供、给予合同约定外的任何利益，包括但不限于明扣、暗扣、现金、购物卡、实物、有价证券、旅游或其他非物质性利益等。如被迫接受给予的钱物，应予退还；无法退还的，有责任如实向有关纪检监察部门反映情况，并上交所得。

三、甲方严格禁止甲方经办人员的任何商业贿赂行为。甲方经办人发生本合同第二条所列示的任何一种行为，都是违法违规行为，都将受到法律法规和甲方制度的惩处。

四、甲方郑重提示：乙方不得为了本合同之目的与任何第三方发生本合同第二条所列示的任何一种行为，乙方不得以任何商业贿赂方式影响甲方工作人员招标、采购或使用产品的选择权。

五、乙方如违反上述第二条、第三条、第四条之规定，甲方有权终止购销合同，并向有关卫生计生行政部门及相关部门报告。

六、因乙方原因造成甲方违反国家卫生行政管理部门及阳光采购相关规定被上级部门约谈、通报及处罚等情况发生，甲方有权视情节轻重对乙方进行以下处理：

1.约谈督促改正或签约缓付货款；

2.解除购销合同；

3.承担甲方所受损失并处损失金额1～5倍罚金，乙方承担损失金额及罚金都将从货款中扣除，扣除后不足部分由乙方补足。

七、本合同作为购销合同的重要组成部分，与购销合同一并签订、执行，具有同等的法律效力。

八、本合同一式 份，甲方 份，乙方 份，并从签订之日起生效。

甲方（盖章）：         乙方（盖章）：

法定代表人（被授权人）：     法定代表人（被授权人）：

经办人签名：         经办人签名：

 年月日   年 月 日