**资阳市雁江区人民医院**

**血透室检测项目外送检测服务市场调研需求**

**一、服务要求**

1.服务范围：资阳市雁江区人民医院血透室检测项目

2.服务项目：血透室检测项目

3.服务质量标准

3.1细菌数：42台透析机的透析液：每台每年至少一次；7台双泵透析机的置换液：每台每年至少一次；1台透析用水处理设备：入口和出口每月各一次；2台集中供浓缩透析液系统：每台每月一次，检验菌落数≤100cfu/ml为合格。

3.2内毒素：42台透析机的透析液：每台每年至少一次；7台双泵透析机的置换液：每台每年至少一次；1台透析用水处理设备：入口和出口每月各一次；2台集中供浓缩透析液系统：每台每月一次，透析液内毒素≤0.5EU/ml，透析用水内毒素≤0.25EU/ml，置换液内毒素≤0.03EU/ml。

3.3 22项化学污染物每年两次。

**二、市场调研报价表**

**市场调研报价表（模板）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 服务类型 | 单位 | 价格 | 备注 |
| 1 | 血透室检测项目外送检测服务 | 细菌数 | 次 |  |  |
| 内毒素 | 次 |  |  |
| 22项化学污染物 | 次 |  |  |
| 售后服务承诺： | | | | | |

注：1.所有服务项目均采用人民币报价；服务的价格应包括完成相应检测项目的所有费用（包括但不限于：运输、检验、所需设备、技术服务等含税费用）。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表：

联系电话：

报价日期：2024年 月 日

**三、供应商资格要求及证明材料**

（一）资格要求相关证明材料：

1.具有独立承担民事责任的能力（提供复印件）；

（1）供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；

（2）供应商若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；

（3）供应商若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”；

（4）供应商若为自然人：提供“身份证明材料”。

2.具备良好商业信誉和健全的财务会计制度（提供承诺函原件）；

3.具备履行合同所必需的设备和专业技术能力（提供承诺函原件）；

4.参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录（提供承诺函原件）；

5.法律、行政法规规定的其他条件（提供承诺函原件）；

6.根据采购项目提出的特殊条件：**如有，请提供相关资格条件复印件**。

**四、承诺函**

资阳市雁江区人民医院：

我单位 （公司名称）自愿参加贵单位 （项目名称）采购项目市场调研活动。现我方郑重承诺以下内容，并负法律责任：

1.我方保证提交的资料真实合法有效。

2.我方同意贵单位对参加调研的所有方案进行参考与综合，同意贵单位对于结果不作任何解释。

3.我方承诺遵守贵院有关采购调研的各项规定。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代理人（签字）：

地 址：

联系电话：

时间：2024年 月 日

**五、法定代表人证明书**

供应商名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

供应商： （加盖供应商公章（鲜章））

年 月 日

注：

1、须附法定代表人的身份证复印件（提供正反面）；

2、法定代表人直接参与调研并签署调研资料时提供。

**六、法定代表人授权书**

资阳市雁江区人民医院：

本授权声明：我 （填法定代表人名称） 系 （填供应商名称） 的法定代表人，现授权 （授权代表姓名、职务）为我方 “ )”（项目名称）调研活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关调研的一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代理人签字：

供应商名称： （盖章）

日期： 年 月 日

附：

1、法定代表人身份证复印件（提供正反面）

2、授权代表身份证复印件（提供正反面）

3、非法定代表人参与调研并签署调研资料时提供