**中山市东凤人民医院医疗责任险服务**

**采购项目询价文件（第二次）**

根据中山市东凤人民医院采购相关规定，现就中山市东凤人民医院医疗责任险服务项目采用询价招标的方式进行采购，欢迎符合条件的供应商前来应答报价。

1. 项目名称

中山市东凤人民医院医疗责任险服务项目

1. 采购方式

院内公开询价，在符合采购需求的前提下报价最低者中标。

三、项目内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目内容 | 预算金额（最高限价）（元） | 采购数量 | 简要技术要求 |
| 1 | 医疗责任险服务项目 | 37000 | 1年 | 详见采购需求 |

四、采购内容及需求：

采购需求详见附件1。本项目不组织集中勘查现场，由各潜在供应商自行勘查现场。

五、服务期限

自合同签订之日起1年。

六、投标人资格条件

（一）符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定，具有国内独立法人资格且具有本项目采购相适应的供应商，且未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单，由询价小组对投标人信用记录情况进行核实。

（二）本项目的特定资格要求：必须是经中国银行保险监督管理部门（或原中国保险监督管理部门）批准设立的保险公司，取得经营保险业务许可证，并在中山市当地设有分支机构，取得营业执照。

（三）本项目不接受联合体投标。

七、投标保证金

本项目无需投标保证金

八、投标文件

投标方应仔细阅读招标文件所有内容，按招标文件的要求提供投标文件，并保证所提供的全部资料的真实性及准确性，以使其投标对招标文件做出实质性响应，否则其投标文件可能被拒。

（一）投标文件的组成

1.证件资料（需要加盖公章）

（1）营业执照；

（2）法定代表人资格证明；

（3）法定代表人授权委托书及授权代表身份证的复印件；

（4）投标承诺函；

（5）开标一览表；

（二）投标文件的签署及规定

1.投标文件袋前后封口处需加盖投标单位印章或由投标方代表签名，并标明招标编、投标项目名称。

2.投标文件要求加盖公章的须加盖公章。

3.投标文件一律用电脑打印，除投标方对错处做必要的修改外，投标文件不允许有加行涂抹或改写，若有修改须有签署投标文件的人签字或加盖确认章。

（三）投标文件需叁份，一正二副，分别编制并单独装订成册，响应文件的封面应注明“正本”“副本”字样。正本与副本内容不一致的，以正本为准。

九、开标和评标：

（一）开标

1.开标时，投标方代表先查验投标文件的密封情况，确定无误后拆封唱标。

2.开标时由院纪检监察部门共同参与。

（二）投标文件的审查和响应性的确定

1.询价小组将对投标文件进行检查，以确定投标文件是否完整、有无计算上的错误、文件是否已正确签署。

2.缺少实质性响应的投标将不被接受。

（三）澄清

1.已获取采购文件的潜在供应商，若有问题需要澄清，应于响应截止时间前，以书面形式向询价小组提出。

2.对投标文件中含义不明确、同类问题表述不一致或者有明显文字和计算错误的内容，询价小组可以书面形式要求投标人作出必要的澄清、说明或者纠正。投标人的澄清、说明或者纠正应当在询价小组规定的时间内以书面的形式作出，由其法定代表人或者授权代表签字，并不得超出投标文件的范围或者改变投标文件的实质性内容。

（四）评标

1.投标合理报价最低者中标。本项目设有总保险费最高限价3.7万元，投标方的报价高于最高限价的将予以废标。

2.报价均以人民币为结算货币并包括该项目所有产生的费用。

3.如供应商报价均相同，则采用抽签方式决定一家中标单位。

（五）对算术等错误的修正原则

1.投标文件中开标一览表内容与投标文件中相应内容不一致的，以开标一览表为准；

2.大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准；

3.单价金额小数点或者百分比有明显错位的，以开标一览表的总价为准，并修改单价；

4.总价金额与按单价汇总金额不一致的，以单价金额计算结果为准。

同时出现两种以上不一致的，按照前款规定的顺序修正。修正后的报价经供应商确认后产生约束力，供应商不确认的，其投标无效。

（六）招标失败

在招标中，出现下列情形之一的，招标失败：

1.符合专业条件的投标人或者对招标文件作实质响应的供应商不足三家的；

2.出现影响采购公正的违法、违规行为的；

十、合同签订

（一）中标人确定后，在医院官网公示，中标方接到通知后7日内与购买方签订协议。

（二）成交投标人逾期不与采购人签订合同的，将视其自动放弃成交项目。

十一、招标文件的获取

见附件。

十二、投标报名

邮箱报名：报名时填写附件8报名登记表并提供附件8要求的相关资质资料，于2025年9月14日前发送至邮箱地址550478174@qq.com。

十三、开标时间及地点：

1.开标时间：2025年9月16日15时00分。

2.开标地点：中山市东凤人民医院门诊四楼中会议室（中山市东凤镇厚德路9号）。

开标时，投标人应将投标文件（一正二副，密封包装）及合格投标人资格证明文件原件在规定的时间和地点内送交到中山市东凤人民医院门诊四楼中会议室。逾期送达或不符合规定的投标文件将作无效标处理。

十四、其他事项

1.投标人如不派代表或不准时参加开标大会，事后不得对采购相关人员、开标过程和开标结果提出异议。

2.解释权：凡涉及本次招标文件的解释权属于招标人。

十五、业务咨询：

中山市东凤人民医院办公室 联系人：潘先生 联系电话：0760-22596212

中山市东凤人民医院医务科 联系人：吴先生 联系电话：0760-22596225

附件：

1.采购需求

2.响应文件格式

3.投标人响应所需证明材料目录（按要求提供）

4.法定代表人资格证明

5.法定代表人授权委托书

6.投标承诺函

7.开标一览表

8.报名登记表

中山市东凤人民医院

2025年9月10日

附件1

**采购需求**

一、保险对象

中山市东凤人民医院及该医院所有在册的医技人员。

二、保险期限

保险期限为一年，从 2025年9月1日零时起至 2027年8月31日二十四时止（具体以保险单载明的起讫时间为准）。

三、保险责任及方案

1.人员数和床位数：

投保医务人员630人，病床数400张。

2.保险内容及最低保险限额

（1）医疗责任险赔偿限额：

每人赔偿限额：10万元，累计赔偿限额50万元；

（2）法律费用赔偿限额：

每次事故赔偿限额10万元，累计赔偿限额50万元。

（3）附加险赔偿限额

1.1医疗意外责任保险限额：

每人赔偿限额：6万元。

1.2医疗责任保险赔偿限额：

每人赔偿限额：4000元。

四、理赔服务内容及要求

1.医疗定责

发生医疗案件后，乙方根据患者及甲方的申请，根据案件损失金额按

以下表格做赔付结案处理：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 方式 | 损失金额 | 索赔依据 | 说明 |
| 调解 | 0≦1万元 | 医患双方调解协议 |  |
| >1万元 | 医调会调解协议 | 经医调会调解免医疗鉴定流程，按医调会调解确定金额的80%赔付结案处理 （不再扣减免赔款项）。 |
| 法院判决 | 经判决后，按判决书确定金额的80%赔付结案处理。 |

2.理赔时限

对于甲方的报案及索赔申请，乙方迅速处理，实行理赔时间限制尽快缮制赔案，并在赔款金额确定后的以下规定的工作日内支付赔款：对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿协议后的10个工作日内履行赔偿义务。

赔款金额≤10万元，1个工作日内结案赔款；

10万元＜赔款金额≤50万元，5个工作日内结案赔款；

赔款金额＞50万元，7个工作日内结案赔款。

6.预付赔款支付

对于发生保险责任范围内案件，经被保险人申请预付60%损失金额进行赔付预付。

附件2

响应文件格式

中山市东凤人民医院医疗责任险服务项目投标文件

投标单位： （盖章）

通信地址：

法定代表人：

联系电话：

传 真：

被授权人：

联系电话：

投标日期：

附件3

**投标人响应所需证明材料目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 响应证明材料 | 页数 |
| 1 | 营业执照 |  |
| 2 | 法定代表人资格证明 |  |
| 3 | 法定代表人授权委托书及授权代表身份证的复印件 |  |
| 4 | 投标承诺函 |  |
| 5 | 开标一览表 |  |
| 6 | 供应商认为能提供的其他材料 |  |

投标人全称：

附件4

**法定代表人资格证明书**

单位名称：

地址：

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，性别：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，年龄：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的法定代表人。

特此证明。

附身份证正反面扫描件

|  |
| --- |
| 正面： 反面： |

 供应商（盖章）：

法定代表人（签名或盖章）：

 日期：

附件5

**法定代表人授权委托书**

中山市东凤人民医院：

我 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 （姓名）为授权代表，以我方的名义参加项目编号： 项目名称： 的投标活动，并代表我方全权办理针对上述项目投标过程中的一切与之有关的事务，其在投标中的一切活动本公司均予承认。我方对授权代表的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。授权代表在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

授权代表无转委托权，特此委托。

授权代表签名： 职务： 联系电话：

授权代表身份证号码：

法定代表人签名： 职务：

投标人全称（盖章）： 授权日期： 年 月 日

附授权代表的身份证件正反复印件：

|  |
| --- |
| 正面： 反面： |

（注：如法定代表人直接参加投标并对相应文件签字的，只需提供法定代表人资格证明及其身份证复印件正反面。）▲投标文件中法定代表人授权委托书所载内容与本项目内容有异的，投标无效。

附件6

**投标承诺函**

致中山市东凤人民医院：

我方参加你方组织的项目名称： 【编号： 】招标的有关活动，并对此项目进行投标。为此：

1.我方承诺已经具备本项招标文件规定的参加采购活动的供应商应当具备的条件。

2.我方同意在招标文件规定的开标日期起遵守本投标文件中的承诺且在投标有效期满之前均具有约束力。

3.按招标文件要求提供的服务的投标报价详见开标一览表。

4.我方已详细审查全部招标文件，包括招标文件澄清修改内容（如果有）、参考资料及有关附件，能满足本次采购需求（详见附件1），确认无误，同意并保证遵守招标文件（包括答疑文件、补充文件等）的各项规定和要求。

5.我方同意在中标后按时签订合同。

6.我方保证遵守招标文件中的其他有关规定。

7.我方愿意向贵方提供任何与该项投标有关的数据、情况和技术资料。若贵方需要，我方愿意提供我方作出的一切承诺的证明材料。

8.我方向贵方提交的所有投标文件、资料都是准确的和真实的。

以上事项如有虚假或隐瞒的成交无效，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

投标人全称（盖章）：

 法定代表人或授权代表（签名）：

日 期： 年 月 日

附件7

**开标一览表**

项目名称：中山市东凤人民医院医疗责任险服务项目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目内容 | 具体要求 | 壹年总保险费报价（元） |
| 中山市东凤人民医院医疗责任险服务 | 详见服务要求 |  |
| 大写 |  |

注：

1.本项目壹年总保险费最高限价37000元，超过此限价为无效投标。报价金额最多保留小数点后2位。

2.报价一经涂改，应在涂改处加盖单位公章或由法定代表人或授权委托人签字或盖章，否则其投标作无效标处理。

3.报价包含该项目实施的运输费、安装费、人工费、税费等一切费用，请投标人综合考虑。

投标人全称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名）：

 日 期： 年 月 日

附件8

**报 名 登 记 表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | 中山市东凤人民医院医疗责任险服务采购项目 |
| **单位名称** |  |
| **公司地址** |  |
| **营业执照注册号** |  |
| **报名人** |  | **联系电话** |  |
| **公司电话** |  | **电子邮箱** |  |

**注：**报名时提交有效的营业执照（或事业法人登记证或身份证等相关证明） 副本复印件或扫描件并加盖公章。

公司盖章：

报名日期：