正（副）本

致：上饶市第二人民医院

##

## 检验及病理外送检测项目

## 询

## 价

## 文

## 件

**项目名称：**

**品 牌：**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **页码** |
| 1 | 咨询响应函 |  |
| 2 | 报名表及报名项目清单（附表2） |  |
| 3 | 报名单位资格证明文件（营业执照、法定代表人身份证或法人授权证明） |  |
| 4 | 外送检测服务方案（含标本收集、包装、储存、搬运、运输、交接、温控等） |  |
| 5 | 提供实验室认可证书、以及证书附件相关证明文件 |  |
| 6 | 近三年内参加并取得国家级室间质量评价合格证书，并提供相应材料 |  |
| 7 | 国内三甲医院客户名单或合作协议书（江西省内医院优先） |  |
| 8 | 其他证明文件 |  |

## 一、咨询响应函

致：上饶市第二人民医院

 （响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次咨询有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三：为了提高医疗资源的利用率，降低医疗费用，提高诊疗效率，改善群众就医体验。投标人实验室具备出具符合“江西省医疗机构检验结果互认”要求报告单的能力。

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| **二、报名表及报名项目清单****上饶市第二人民医院外送检测项目咨询报名表** |
| 序号 | 项目名称 | 收费标准 | 报价结算费用（元） | 报价结算比例（%） | 参与报名的公司名称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 响应供应商（公章）

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系人及电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

设备制造商技术支持联系人及电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注：1.表格中的“序号”及“项目名称”按照咨询目录中的序号及名称填写，不得随意更改；

时间：  年 月 日

## 三、资格证明文件

致:上饶市第二人民医院

 （响应供应商法定代表人名称）是 （响应供应商名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码） 表代表我单位全权办理上述项目的设备咨询、设备咨询、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

## 外送检测服务方案

## 五、实验室认可证书、以及证书附件相关证明文件

## 六、质量评价合格证书

**七、国内三甲医院客户名单合作协议书**

**八、其他证明文件**

**九、公司彩页、实验室照片等**