云南省第一人民医院

项目咨询

响 应 文 件

公司名称（盖章）：

法定代理人或委托代理人：

日期： 年 月 日

目 录

1. 《项目报价清单》（原件）
2. 《所提交材料真实性及法律责任承诺函》（原件）

3. 《资质证书》（复印件）

4. 《对医院所有开展检定校准项目收费标准及收费依据》（复印件）

5. 《所用医疗计量器具及其检定校准证书》（复印件）

6. 《项目检测方法、内容、频率、质量、分析与判定、报告及相应的技术规程规范》（复印件）

7. 《本项目实施方案》（原件）

8. 《近三年来省内三甲医院服务业绩》（复印件）

9. 《财务状况和社会信誉》（复印件）

10. 《技术人员资质证明》（复印件）

11. 《服务方案、承诺及保障》（原件）

备注：

请各潜在响应人严格按响应文件模板格式及目录顺序制作响应文件，装订成册，每页加盖公司鲜章，每册加盖骑缝章。

1、 检定校准项目报价清单

技术服务机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检测设备名称 | 数量 | 单价（元） | 合价（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … | … | … | … | … | … |
| 总计： | |  |  |  |  |
| 优惠后总价： | |  | | | |

注：总价不得超过《云南省计量检定机构计量检定收费标准》（云发改收费【2009】1116号）规定且强制检定项目执行财税【2017】20号文件停征费用目录范围内免费

云南省第一人民医院国资处制表

联系人： 联系电话：

2、 提交材料真实性及法律责任承诺函

致：云南省第一人民医院

我公司郑重承诺向云南省第一人民医院呈递的

项目（包含文字材料、复印件、图像样式、样品等）所有资料完整且真实有效，复印件与原件一致，若经查发现信息不真实，立即放弃资格并承担相应法律责任。

公司（盖章）：

承诺人：

职务：

身份证号：

电话：

3、资质证书（注：提供计量授权书、省级以上人民政府计量行政部门的计量认证证书、中国合格评定国家认可委员会实验室认可证书（CNAS）或其它）

…….

1. 需检定校准清单内项目资质证明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检校项目 | 是否具备资质 | 索引（页码） |
|  |  |  |  |

4、开展检定校准项目收费标准及收费依据

…….

5、所用医疗计量器具清单及其检定校准证书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检校项目 | 所有医疗计量器具名称 | 是否具备检定校准证书 | 索引（页码） |
|  |  |  |  |  |

6、项目检测方法、内容、频率、质量、分析与判定、报告及相应的技术规程规范

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检校项目 | 是否具备检定、校准规程规范 | 索引（页码） |
|  |  |  |  |

7、本项目实施方案

…….

8、近三年来三甲医院服务业绩（提供合同等证明材料）

…….

9、财务状况和社会信誉（提供2023年1月至今期间任意连续3个月的银行电子缴税凭证复印件证明或社保缴费证明书复印件、行业荣誉奖励等）

…….

1. 技术人员资质证明（提供技术人员资质）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 年龄 | 专业年限 | 最高学历 | 专业 | 职称/职业资格 | 承担工作 |
|  |  |  |  |  |  |  |

11、服务方案、承诺及保障