比选文件

项目名称：

选取人名称：

采购时间： 年 月

**目 录**

第一章 用户需求

第二章 响应文件格式

**第一章 用户需求书**

一、项目概况

1、项目名称：2025年员工健康体检项目。

2、项目估算：根据拟制定的2个体检套餐（男职工体检套餐和女职工体检套餐）项目。

3、项目内容：对石家庄市供热管理集团有限公司及下属子公司2025年员工健康体检单位进行比选，选定1家体检单位承接我司员工体检服务。

4、服务期限：12个月。

二、项目需求

1、体检需求项目（详见响应文件《体检套餐项目及增值服务报价清单》）

2、体检时间：具体以合同签订后双方约定的体检时间为准。

3、体检人数：预计集团总部及各子公司2025年总体检人数约300人次。女性占比34%，男性占比66%，年度以具体参加体检人数为准。

三、项目实施要求

1、参与比选的体检服务单位在比选过程中发生的一切费用，无论中选与否，均由参与比选的体检服务单位自负。

2、体检结论：中选单位应在体检结束后30日内， 向用户方提交体检报告，具体内容包括个人体检报告、各分项统计报告和总体统计报告。

3、中选单位在体检期间须派驻一名具有高级职称的内科医生作为现场咨询专家，要求专家耐心细致，能认真回答体检员工的相关疑问。

4、其它需要说明问题：体检过程中所需要的设备和耗材，全部由中选单位提供；要求耗材采用一次性用品。

5、参与比选的体检服务单位能独立完成本项目“用户需求书”中所有体检项目（含标本检测，标本外送视为不能独立完成）。

6、本次采购具体条款内容，以选取人与中选单位签订的合同内容为准。

7、参与比选的体检服务单位必须按照比选文件规定的格式和内容进行增值服务填报，综合考虑本项目的具体情况、参与单位自身实力和考虑市场竞争因素。

8、本项目以控制价为结算价，合同实施过程中，具体结算按照当期实际参加体检的人数结算。

四、基本服务

1、中选单位在体检前为参检单位人员提供体检注意事项及健康信息问卷调查表。

2、中选单位应保证体检质量与结果的准确性，对体检结果承担相应的法律责任和经济责任，对体检结果承担保密责任。

3、提供优质体检服务、优化体检流程、减少体检人员等候时间，在为选取人体检服务期间不得接受其他单位专场服务。

4、体检后10日内提供个人网上体检结果查询，健康报告可根据需要在体检项目结束15日后派专人送至采购单位。

5、所有参检人员的检查结果必须进信息库保存，做到参检人本人随到随查，如体检人纸质体检报告不慎遗失，须提供重新打印服务。

6、体检后10-15天内由健康管理师进行电话回访服务，异常报告定期电话提醒复查，有体检结果重大异常者，中选单位必须当天通知就诊，并提出诊疗建议。

7、中选单位需建立每位参检人员个人电子档案，对服务期限内的检查结果进行对照，实施健康管理。

8、提供体检后员工健康讲座及健康咨询，原则上每年度不少于一次。

9、体检过程中，参检人员特殊情况下可以更改项目，按中选折扣价补足差价。

10、体检疑难病例，中选单位需组织专家会诊，给出科学精准的体检结论。

11、针对选取人所有员工提供就诊时免费咨询、开通急诊、入院绿色通道、衔接床位的服务。

12、员工家属(仅限于其配偶、子女、父母)自费前往体检，可享受同等优惠和增值服务。

**第二章 响应文件格式**

**比选响应文件**

比选谈判项目名称：

比选谈判单位名称： （加盖单位公章）

日 期： 年 月 日

**目 录**

一、比选承诺函

二、法定代表人身份证明书

三、授权委托书

四、比选单位资格证明文件

五、技术文件

六、体检套餐项目及增值服务报价清单

七、其它资料（如有）

**一、比选承诺函**

致 (选取人)：

我方己仔细研究了 (项目名称)比选文件的全部内容，知悉参加比选项目的风险，我方承诺接受比选文件的全部条款且无任何异议，现就参加本项目有关事项郑重承诺如下：

1.参与本比选项目系本公司自愿行为。

2.我方承诺提交的所有数据、文件及材料是真实、准确且有效的，且无低于成本的恶意报价行为。  
 3.我方承诺没有被责令停产停业、暂扣或者吊销许可证/执照及没有进入破产、清算、注销程序，或其它可能丧失履约能力的情形；我方承诺没有在国家企业信用信息公示系统中显示已被列入严重违反失信企业名单；我方承诺没有在“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）中显示已被列入失信被执行人名单。  
 4.我方承诺对本项目比选文件第一章“用户需求或技术要求”的全部条款完全响应，无偏离。  
 5.我方承诺遵守相关法律法规及贵司的有关规定，保证在获得本项目的合同委托资格后，按照本项目比选文件及合同谈判中确定的事项签订合同，履行双方所签订的合同，并承担合同规定的责任和义务。  
 6.我方承诺，若贵方需要，我方愿意提供任何与本次比选有关的数据、情况和技术资料。  
 7.我方承诺遵守贵司各项管理制度和工作要求，服从业主工作安排调度，并承担因违反选取人要求而造成的全部损失。  
 8.我方承诺遵守贵司比选活动现场纪律，服从现场工作人员管理，自觉维护贵司比选活动秩序。  
 9.我方承诺不向选取人相关人员行贿谋取中选资格，不以任何方式干扰、影响比选活动。  
 10.我方如有违反本承诺书内容的行为，愿意承担由此产生的法律责任及后果。

单位名称： （盖单位章）

法定代表人(签字或盖章)：

日期： 年 月 日

**二、法定代表人身份证明书**

（法定代表人参加比选的提供）

单位名称：

注册号：

注册地址：

成立日期： 年 月 日

营业期限：

经营范围：

姓名： 性别： 年龄： 系 （单位名称）的法定代表人。

特此证明。

附：

营业执照副本复印件

附：

法定代表人身份证（双面）复印件

备注：1.上述证件复印件可另附页，另附页时，证件复印件均须加盖单位公章。

2.若参与比选的比选单位代表是比选单位法定代表人的，应提供法定代表人身份证明书原件及本人身份证原件。

单位名称（盖单位章）：

日期： 年 月 日

**三、授权委托书**

（委托代理人参加比选的提供）

本人 （姓名、职务）系 （单位名称）的法定代表人，现授权 （姓名、职务）为我方委托代理人。代理人根据授权，以我方名义参与 （项目名称）的比选活动事宜，其签署、澄清、补正、修改、撤回、提交的响应文件和处理有关事宜,其法律后果由我方承担。

代理人无转委托权。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

附：

法定代表人身份证（双面）复印件

附：

委托代理人身份证（双面）复印件

附：

营业执照复印件

备注：1.上述证件复印件可另附页，另附页时，证件复印件均须加盖单位公章。

2.若参与比选的比选单位代表是由比选单位法定代表人授权的委托代理人的，应提供授权委托书原件及本人身份证原件。

单位名称（盖单位章）：

法定代表人（签字或盖章）：

委托代理人（亲笔签字）：

日期： 年 月 日

**四、比选单位资格证明文件**

根据本项目比选文件要求，本章节须附下列资格证明文件复印件：

1.营业执照。

2.比选单位认为与本项目资格条件有关的其它证明文件（如有，格式自拟）

……

备注：上述证明文件复印件均须加盖比选单位公章。

**五、技术文件**

比选单位名称： （盖单位章）

法定代表人或其授权委托人(签字或盖章)：

日期： 年 月 日

**六、体检套餐项目及增值服务报价清单**

**男职工体检套餐**

**基础体检项目清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **项目** | **内容** | 价格 |
| 临床科 | 一般检查 | 身高、体重、体重指数 |  |
| 内科 | 包括视诊、问诊、测量血压、心肺听诊等 |  |
| 外科 | 包括甲状腺、脊柱、四肢关节、浅表淋巴结 |  |
| 裂隙灯 | 巩膜、虹膜、角膜、瞳孔、晶状体、前房 |  |
| 眼底 | 眼底视网膜、视神经乳头和视网膜中央血管、黄斑区 |  |
| 影像科 | 肝胆彩超 | 检查肝胆的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 双肾彩超 | 检查双肾的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 脾脏彩超 | 检查脾脏的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 胰腺彩超 | 检查胰腺的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 心脏彩超 | 心脏形态、结构、血流、室壁运动以及心脏功能 |  |
| 甲状腺彩超 | 检查甲状腺的形态、结构、内部血流情况及有无占位性病变等 |  |
| 双侧颈动脉彩超 | 检查双侧颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉 |  |
| 功能科 | 12道同步心电图 | 检查心脏心率、节律、传导、心肌供血的情况。 |  |
| 颅脑CT(不出片) | 颅脑CT检查 |  |
| 放射科 | 低剂量肺CT（不出片） | 心、肺、纵隔、肋膈角、胸腔 |  |
| 化验科 | 血常规（五分类） | 在血常规三分类的基础上加单核细胞、嗜酸、嗜碱性粒细胞等共二十三项检查 |  |
| 尿十项+尿沉渣 | 尿中沉淀物定量进行检查 |  |
| 肝功十项 | 谷丙转氨酶、谷草转氨酶、γ-GT、总胆红素、直接胆红素、间接胆红素、总蛋白、白蛋白、球蛋白、白蛋白、球蛋白 |  |
| 肾功三项 | 尿素氮、尿酸、肌酐 |  |
| 血脂六项 | 总胆固醇CHOL、甘油三酯TG、低密度脂蛋白LDL-C、高密度脂蛋白HDL-C、载脂蛋白AL（APOA)、载脂蛋白B(APOB) |  |
| 血糖 | 空腹血糖 |  |
| 游离甲功三项 | FT3，FT4,TSH |  |
| 心梗脑梗预警三项 | 脂蛋白相关磷脂酶A2（胶体金法）、髓过氧化物酶(MPO)（胶体金法）、超敏C反应蛋白(hs-CRP) |  |
| 心肌酶五项 | 肌酸激酶、肌酸激酶－MB同工酶、乳酸脱氢酶、α-羟基丁酸脱氢酶、谷草转氨酶 |  |
| 脂蛋白(a） | 脂蛋白a的测定 |  |
| 超敏肌钙蛋白 | 肌钙蛋白的测定 |  |
|  | 前列腺彩超 | 观察前列腺大小、形态、结构等情况 |  |
|  | 同型半胱氨酸（HCY） | HCY的测定 |  |
|  | 血流变 | 全血粘度、血浆粘度、血沉、红细胞聚集指数、红细胞刚性指数、红细胞变形指数等。 |  |
|  | 肝纤维化及脂肪检测 | 直观显示肝纤维化和脂肪肝定量的检测方法 |  |
|  | 男肿瘤十一项（特项） | 甲胎蛋白、癌胚抗原、糖类抗原4项（CA19-9+CA125+CA72-4+CA242）、神经元特异性烯醇化、细胞角蛋白19片断、铁蛋白、前列腺特异性抗原、游离前列腺特异性抗原） |  |
| **有效增值项目清单** | | | |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |
| **服务方案清单** | | | |
| ...... | | | |
|  | 控制价 | 元 | |

**女职工体检套餐**

**基础体检项目清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **项目** | **内容** | 价格 |
| 临床科 | 一般检查 | 身高、体重、体重指数 |  |
| 内科 | 包括视诊、问诊、测量血压、心肺听诊等 |  |
| 外科 | 包括甲状腺、脊柱、四肢关节、浅表淋巴结 |  |
| 裂隙灯 | 巩膜、虹膜、角膜、瞳孔、晶状体、前房 |  |
| 眼底 | 眼底视网膜、视神经乳头和视网膜中央血管、黄斑区 |  |
| 影像科 | 肝胆彩超 | 检查肝胆的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 双肾彩超 | 检查双肾的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 脾脏彩超 | 检查脾脏的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 胰腺彩超 | 检查胰腺的形态结构是否正常，有无占位性病变 |  |
| 心脏彩超 | 心脏形态、结构、血流、室壁运动以及心脏功能 |  |
| 甲状腺彩超 | 检查甲状腺的形态、结构、内部血流情况及有无占位性病变等 |  |
| 双侧颈动脉彩超 | 检查双侧颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉 |  |
| 功能科 | 12道同步心电图 | 检查心脏心率、节律、传导、心肌供血的情况。 |  |
| 颅脑CT(不出片) | 颅脑CT检查 |  |
| 放射科 | 低剂量肺CT（不出片） | 心、肺、纵隔、肋膈角、胸腔 |  |
| 化验科 | 血常规（五分类） | 在血常规三分类的基础上加单核细胞、嗜酸、嗜碱性粒细胞等共二十三项检查 |  |
| 尿十项+尿沉渣 | 尿中沉淀物定量进行检查 |  |
| 肝功十项 | 谷丙转氨酶、谷草转氨酶、γ-GT、总胆红素、直接胆红素、间接胆红素、总蛋白、白蛋白、球蛋白、白蛋白、球蛋白 |  |
| 肾功三项 | 尿素氮、尿酸、肌酐 |  |
| 血脂六项 | 总胆固醇CHOL、甘油三酯TG、低密度脂蛋白LDL-C、高密度脂蛋白HDL-C、载脂蛋白AL（APOA)、载脂蛋白B(APOB) |  |
| 血糖 | 空腹血糖 |  |
| 游离甲功三项 | FT3，FT4,TSH |  |
| 心梗脑梗预警三项 | 脂蛋白相关磷脂酶A2（胶体金法）、髓过氧化物酶(MPO)（胶体金法）、超敏C反应蛋白(hs-CRP) |  |
| 女肿瘤七项（特项） | 甲胎蛋白、癌胚抗原、CA199+CA153+CA125+CA50+CA72-4） |  |
| 心肌酶五项 | 肌酸激酶、肌酸激酶－MB同工酶、乳酸脱氢酶、α-羟基丁酸脱氢酶、谷草转氨酶 |  |
| 脂蛋白(a） | 脂蛋白a的测定 |  |
| 超敏肌钙蛋白 | 肌钙蛋白的测定 |  |
| 已婚 | 阴道彩超 | 检查子宫双附件的形态结构是否正常，有无占位性病变。 |  |
| 双乳腺彩超 | 双侧乳腺 |  |
| 常规妇检 | 阴道、宫颈、子宫、双侧附件 |  |
| 液基（TCT） | 子宫颈液基薄层细胞学检查 |  |
| HPV（高危16/18型） | 人乳头瘤病毒检测 |  |
| 未婚 | 子宫双附件彩超 | 检查子宫双附件的形态结构是否正常，有无占位性病变。 |  |
| 双乳腺彩超 | 双侧乳腺 |  |
| **有效增值项目清单** | | | |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |
| **服务方案清单** | | | |
| ...... | | | |
|  | 控制价 | 元 | |
|  |  |  |  |

注：

1.控制价金额为最终结算价格，在控制价基础体检项目上提供增值服务，其中包含有效增值项目和服务方案（包含个性化服务定制、检前、检中、检后服务等方面）。评审小组根据参与比选单位提供的增值服务进行评审、投票排名。

2.参与比选单位根据自身实力情况填报有效增值项目清单和服务方案清单。

3.中选单位应按要求提交增值服务承诺书，以确保服务的有效履行和质量保障。

**七、其它资料（如有）**