**广元市中心医院**

**关于检验科、病理科外包服务项目市场服务征集**

**市**

**场**

**调**

**研**

**文**

**件**

**广元市中心医院医学工程科编制**

**2024 年 3 月26日**

# 第一章 询价邀请

**各潜在供应商：**

**根据我院建设工作需要，拟对“检验科、病理科外包服务项目”进行市场调研询价，欢迎符合条件的供应商参加。**

**一、项目名称：广元市中心医院关于检验科、病理科外包服务项目的市场调研询价**

**二、供应商参加本次采购活动应具备下列条件**

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

（四）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

**三、禁止参加本次采购活动的供应商**

供应商将本企业通过“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）查询结果网页打印并装订于响应文件中，供评审小组审查。

被列入失信被执行人名单的供应商不得参加本项目的采购活动。

**四、供应商报名及递交响应文件截止时间地点**

 项目公告期：2024年03月26日至2024年4月1日。

  （一）递交响应文件截止时间：2024年4月1日15:00（北京时间）。

  （二）递交响应文件地点：兹邀请符合要求的供应商将拟推荐产品、技术参数、公司资质及报价相关资料加盖鲜章并密封，邮寄至广元市利州区蜀门北路一段45号（原凤凰酒店）7楼医学工程科708室。（电子文档随纸质资料一起递交）。

（三）响应文件数量：一正两副

联系人：吴老师 李老师

联系电话：0839-3231247

# 第二章 供应商资格证明材料

**一、应当提供的供应商资格和资质性要求相关证明材料：**

**（一）具有独立承担民事责任的能力的证明材料：**

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若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；③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”。（格式 1-3）

**（二）承诺函**。（格式 1-2）

**二、其他类似效力要求证明材料：**

**（一）“信用中国”网站**（www.creditchina.gov.cn）公司查询结果网页截图证明材料；（格式 1-3）

**（二）参加本次采购活动的供应商代表证明材料**；（格式 1-1）

（1）法定代表人/单位负责人身份证明材料复印件；

（2）法定代表人/单位负责人授权代理书原件及代理人身份证明材料复印件（注：①法定代表人/单位负责人授权代理书原件需加盖公章；②如响应文件均由供应商法定代表人/单位负责人签字或加盖私人印章的且法定代表人/单位负责人本人参与询价的，则可不提供。）

**（三）公司资质报价与佐证资料（请勿涂抹，否则视为无效报价）**

**特别说明：**以上证明材料要求**必须加盖供应商(法定名称)鲜章**,不得使用专用印章（如经济合同章、投标专用章等）或下属单位印章代替。同时，以上证明材料一项不符合要求的，作为无效响应处理。

# 第三章 采购项目技术条款及其他要求

**项目一：检验科外送项目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 样本要求 |
| 1 | 麻疹病毒抗体二项（MV-IgM、IgG） | 血清 |
| 2 | 嗜酸细胞阳离子蛋白（ECP） | 血清 |
| 3 | 抗中性粒细胞抗体(2种ANCA) | 血清 |
| 4 | 不孕不育抗体五项（EmAb、ACA、AsAb、AoAb、AhcgAb） | 血清 |
| 5 | 不孕不育抗体七项 | 血清 |
| 6 | 庚肝抗体(HGV-IgG) | 血清 |
| 7 | 结核杆菌抗体 | 血清 |
| 8 | 恶性肿瘤特异性生长因子 | 血清 |
| 9 | 流产物染色体变异检测CNVseq | 宫腔分泌物 |
| 10 | 环孢霉素A浓度（CSA） | 血液 |
| 11 | 普乐可复（他克莫司）（FK506）浓度 | 血液 |
| 12 | 血清游离轻链定量及比值 | 血清 |
| 13 | 寡克隆区带（OCB）分析 | 血清 |
| 14 | 中枢神经系统脱髓鞘抗体三项 | 血清 |
| 15 | 自免脑 | 血清 |
| 16 | 自身免疫性周围神经病 | 血清 |
| 17 | 副瘤综合征14项 | 血清 |
| 18 | 重症肌无力五项 | 血清 |
| 19 | 自身免疫性认知障碍 | 血清 |
| 20 | 阿尔茨海默病 | 血液 |
| 21 | 自身免疫性小脑共济失调 | 血清 |
| 22 | 郎氏结相关抗体检测 | 血清 |
| 23 | 抗磷脂酰乙醇胺抗体 | 血清 |
| 24 | 抗膜联蛋白A2/A5抗体 | 血清 |
| 25 | 呼吸道多种病原体靶向测序（tNGS） | 体液 |
| 26 | 上呼吸道多种病原体靶向测序（tNGS） | 体液 |
| 27 | 儿童哮喘基因无创检测 | / |
| 28 | 儿童哮喘基因无创检测（13位点药物版） | / |
| 29 | 上呼吸道多种病原体靶向测序（95） | 咽拭子 |
| 30 | 呼吸道多种病原体靶向测序（198） | 肺泡灌洗液 |
| 31 | 中枢神经系统多种病原体靶向测序（105） | 脑脊液 |
| 32 | 丙型肝炎病毒（HCV）基因分型 | 血清 |
| 33 | 乙型肝炎病毒（HBV）基因YMDD变异 | 血清 |
| 34 | 免疫固定电泳 | 血清、尿 |
| 35 | 环孢霉素A浓度（CSA） | 血液 |
| 36 | 普乐可复（他克莫司）（FK506）浓度 | 血液 |
| 37 | 血管炎两项（MPO-Ab、PR3-Ab） | 血清 |
| 38 | 血管炎五项 | 血清 |
| 39 | 自免脑8项 | 血清 |
| 40 | 自免脑12项 | 血清 |

**项目二：病理科外送基因检测项目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 样本类型 |
| 1 | 实体肿瘤多基因突变及化疗药物检测套餐 (FFPE) | 1.蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张  2.EDTA 抗凝外周血 1-3ml  组织标本与外周血需同时送检。 |
| 2 | 实体肿瘤多基因突变检测（211基因） | 蜡块或 8-10μm 厚白片 10-12 张 |
| 3 | 实体肿瘤精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3ml EDTA抗凝外周血样本（必须同时送检) |
| 4 | 肺癌精准诊疗基因检测(60基因, FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 5 | 肺癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)，常温；或者无创管采集8-10ml全血 |
| 6 | 肺癌热点突变及融合基因检测mini,二代测序(NGS) | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)或者外周血或脑脊液 8-10ml 胸腹水20mL |
| 7 | 结直肠癌相关基因突变检测（22基因，FFPE） | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 8 | 肠癌精准诊疗 | 蜡块或15-20 张5-6um 厚白片或蜡卷(附H&E 片一张)+2-3ml EDTA 抗凝外周血样本（必须同时送检）；或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 9 | 结直肠癌热点突变及融合基因检测mini（DNA+RNA扩增子测序）测序 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)或者外周血或脑脊液 8-10ml 胸腹水20mL |
| 10 | 胃肠间质瘤相关基因突变检测（GIST,11基因，FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 11 | 胃肠间质瘤精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)，常温；或者无创管采集8-10ml全血 |
| 12 | 胃/食管癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3mlEDTA抗凝外周血样本（必须同时送检或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 13 | 乳腺癌相关基因测序检测（FFPE） | 1.蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张  2.EDTA 抗凝外周血 1-3ml  组织标本与外周血需同时送检。 |
| 14 | 乳腺癌相关基因测序检测（FFPE） | 1.蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张  2.EDTA 抗凝外周血 1-3ml  组织标本与外周血需同时送检。 |
| 15 | 乳腺癌复发风险 21 基因检测（SH-21， FFPE） | 蜡块或 4~6um 厚白片 10~12 张 |
| 16 | 乳腺癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3mlEDTA抗凝外周血样本（必须同时送检或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 17 | 胆管/肝癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3mlEDTA抗凝外周血样本（必须同时送检或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 18 | 胰腺癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3mlEDTA抗凝外周血样本（必须同时送检或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 19 | 黑色素瘤相关基因突变检测 (13 基因 ,FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 20 | 黑色素瘤精准诊疗 | 蜡块或15-20 张5-6um 厚白片或蜡卷(附H&E 片一张)+2-3ml EDTA 抗凝外周血样本（必须同时送检）或者外周血：无创管采集8-10ml全血， |
| 21 | 中枢神经系统肿瘤相关分子检测 (FFPE) | 蜡块或 15-20 张 8-10um 厚白片 |
| 22 | 胶质瘤精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)，常温；或者无创管采集8-10ml全血 |
| 23 | 甲状腺癌相关基因突变检测 (19 基因 ) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 24 | 甲状腺癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)，常温；或者无创管采集8-10ml全血 |
| 25 | 卵巢癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3ml EDTA抗凝外周血样本（必须同时送检) ；或者无创管采集8-10ml全血 |
| 26 | 子宫内膜癌精准诊疗 | 蜡块或15-20 张5-6um 厚白片或蜡卷(附H&E 片一张)+2-3ml EDTA 抗凝外周血样本（必须同时送检）或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 27 | 同源重组修复缺陷HRD评估 | 组织和血需同时送检，白片需要切片后7天内运送到实验室，蜡块必须一年内组织。加对照用外周血1管。 |
| 28 | 膀胱癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3mlEDTA抗凝外周血样本（必须同时送检或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 29 | 前列腺癌精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)+2-3mlEDTA抗凝外周血样本（必须同时送检或者外周血：无创管采集8-10ml全血 |
| 30 | 软组织和骨肿瘤精准诊疗 | 蜡块或15-20张5-6um厚白片或蜡卷(附H&E片一张)，常温；或者无创管采集8-10ml全血 |
| 31 | EGFR 基因突变检测 (ARMS-PCR) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 32 | MET 基因扩增检测 (FISH, 组织 ) | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 33 | EML4-ALK 基因融合检测与诊断 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 34 | ROS1 基因重排检测 (FISH, 组织 ) | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 35 | KRAS 基因突变检测 (ARMS-PCR) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 36 | 结核杆菌（TB-DNA）定性 | 固定组织（蜡块）或穿刺标本6-8um，15张以上，手术组织10张白片 |
| 37 | EGFR 基因 T790M 突变（Digital PCR) | 蜡块或  8-10μm 厚白片  10-12 张 |
| 38 | NRAS 基因突变热点检测 ( 测序法， FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 39 | KRAS/BRAF/NRAS 基因突变检测  （测序法,FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 40 | 微卫星序列不稳定性检测 (MSI, 片段分析) | 1.蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张  2.EDTA 抗凝外周血 1-3ml  组织标本与外周血需同时送检。 |
| 41 | KIT/PDGFRA 基因突变检测 (GIST,6 外显子 ,FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 42 | 实体肿瘤BRCA 基因突变检测（FFPE） | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 43 | 1p/19q 染色体缺失检测 (FISH, 组织 ) | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 44 | MGMT 基因甲基化检测 (MS-PCR) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 45 | IDH1&2 基因突变热点检测 ( 测序法 ,FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 46 | TERT 基因启动子区突变热点检测 ( 测序法 ,FFPE) | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 47 | B淋巴细胞基因重排 | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 48 | T淋巴细胞基因重排 | 蜡块或 8-10μm厚白片 10-12 张 |
| 49 | BCL-2基因断裂探针 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 50 | BCL-6基因断裂探针 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 51 | MYC/IGH t(8:14)融合基因探针 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 52 | BCL-2/IGH t(14:18)融合基因探针 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 53 | MYC基因断裂探针 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 54 | CCDN1(BCL1)/IGH融合基因探针 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 55 | P53基因探针 | 蜡块或 4-6μm厚白片 3-5 张 |
| 56 | 肾脏病理穿刺（荧光+电镜） | 肾穿专用盒 |
| 57 | 免疫荧光每项 | 肾穿专用盒 |
| 58 | 特殊染色每项 | 肾穿专用盒 |
| 59 | 免疫电镜每项 | 肾穿专用盒 |

# 第四章 响应文件格式

1. 本章所制响应文件格式，不具有强制性。

二、本章所制响应文件格式有关表格中的备注栏，由供应商根据自身响应情况作解释性说明，不作为必填项。

三、本章所制响应文件格式中需要填写的相关内容事项，可能会与本采购项目无关，在不改变响应文件原义、不影响本项目采购需求的情况下，供应商可以不予填写，但应当注明。

**封面**

响应文件

**项目名称：**

**报价产品名称：**

**供应商名称：**

**联系人：**

**联系方式：**

**日期： 年 月 日**

**一、资格性响应文件内容**

**格式1-1**

**法定代表人授权委托书**

XXXXXXXXX：

XXXXXXXXX：

本授权声明：XXX（单位名称）,XXX（法定代表人姓名、职务）授权（被授权人姓名、职务）为我方参加XXX项目（采购编号：XXX）询价采购活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关询价、报价、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

供应商名称：XXX（盖单位公章）

法定代表人（签字或盖章）：XXX

职 务：XXX

授权代表签字：XXX

职 务：XXX

日 期：XXXX年XX月XX日

**附：**

1.法定代表人身份证复印件（正反面）；

2.授权代表身份证复印件（正反面）；

**3.如法定代表人参加则填写后页的《法定代表人证明书》，否则无须提供。**

**法定代表人证明书**

供应商单位名称：

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。

**附：**法定代表人身份证复印件

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

日 期：XXXX年XX月XX日

**注：**法定代表人直接参与时才须提供。

**格式1-2**

**承诺函**

XXXXXXXXX：

我公司作为本次采购项目的供应商，根据询价文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）根据采购项目提出的特殊条件。

二、完全接受和满足本项目询价文件中规定的实质性要求，如对询价文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对询价文件有异议的同时又参加询价以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、在参加本次采购活动中，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他供应商参与同一合同项下的采购活动的行为。

四、在参加本次采购活动中，不存在和其他供应商在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、我单位及单位法定代表人、单位负责人在参加本次采购活动前三年内无行贿犯罪记录。

六、响应文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交的法律责任。

供应商名称（盖单位公章）:

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：XXXX年XX月XX日

**格式1-3**

**营业执照及医疗器械经营许可证**

**二、其他响应文件内容**

**格式2-1**

服务方案（格式自拟）

**格式2-2**

**供应商基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 联系方式 | 联系人 |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 传真 |  | | | | | 网址 | | |  | |
| 组织结构 |  | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 技术负责人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 成立时间 |  | | | 员工总人数： | | | | | | | |
| 企业资质等级 |  | | | 其中 | | 项目经理 | | |  | | |
| 营业执照号 |  | | | 高级职称人员 | | |  | | |
| 注册资金 |  | | | 中级职称人员 | | |  | | |
| 开户银行 |  | | | 初级职称人员 | | |  | | |
| 账号 |  | | | 技工 | | |  | | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |

供应商名称（盖单位公章）:

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：XXXX年XX月XX日

**格式2-3**

报价函（以分成比例进行报价，格式自拟）

**格式2-4**

**供应商认为需要提供的其他材料**

1. .................................

2. .................................

**注：该条内容根据供应商自身条件选择性提供。**