附件1

基础体检项目报价表

单位名称（加盖公盖）： 填表日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 价格（元） | 备注 |
| 1 | 尿常规 |  |  |
| 2 | 血常规 |  |  |
| 3 | 肝功10项 |  |  |
| 4 | 肾功6项 |  |  |
| 5 | 血脂4项 |  |  |
| 6 | 幽门螺旋杆菌抗体检测 |  |  |
| 7 | FT3、FT4、T3、T4、TSH（甲功五项） |  |  |
| 8 | 腹部彩超（有图片） |  |  |
| 9 | 十二导心电图 |  |  |
| 10 | 胸正位片 |  |  |
| 11 | 妇科彩超（有图片） |  |  |
| 12 | 腔内彩色多普勒超声检查（经阴道）（有图片） |  |  |
| 13 | 乳腺彩超（有图片） |  |  |
| 14 | 糖化血红蛋白测定 |  |  |
| 15 | AFP（甲胎蛋白）定量 |  |  |
| 16 | CEA（癌胚抗原）定量 |  |  |
| 17 | CA19-9（胰腺癌的筛查) |  |  |
| 18 | 前列腺肿瘤标志物 （TPSA.FPSA及比值） |  |  |
| 19 | CA125（卵巢癌的筛查) |  |  |
| 20 | CA153（乳腺癌的筛查) |  |  |
| 21 | 前列腺彩超（有图片） |  |  |
| 22 | 血流变学 |  |  |
| 23 | X线（多能）骨密度 |  |  |
| 24 | 颈动脉彩超（有图片） |  |  |
| 25 | 心脏彩超（有图片） |  |  |
| 26 | TCT |  |  |
| 27 | 经颅多普勒 |  |  |
| 28 | 单部位磁共振（可换位） |  |  |
| 29 | 乳腺钼靶检查 |  |  |
| 合计 | |  |  |
| 折扣 | |  |  |

说明：此表中的价格×折扣=我单位职工体检时的实际价格。

附件2

2019年以来承接大型团体体检服务项目情况表

单位名称（加盖公盖）： 填表日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务单位名称 | 合同签订时间 | 体检人数 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

填表说明：1.此表请填写2020年1月1日以来承接重庆市内厅局级及以上政府机关和重庆市市属重点国有企业100人以上的团体体检服务项目，以签订合同的时间为准；

2.所列项目须提供合同复印件作为证明材料，必须体现合同对方名称、签订时间及体检人数，涉及商业秘密的内容可以隐去。每页纸上可缩印多份合同，能看清楚上述信息即可。

附件3

体检机构主要设施仪器明细表

单位名称（加盖公盖）： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌型号 | 生产厂家 | 出厂日期 | 用途 | 主要参数 | 数量 | 年检情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件4

体检机构专业技术人员明细表

单位名称（加盖公盖）： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 工作岗位 | 职称 | 擅长领域/执业经历 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件5

体检机构全部体检服务项目明细表

单位名称（加盖公盖）： 填表日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 检查目的 | 价格 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表说明：1.此表中的应列出体检机构可以提供的全部体检项目，报价×附件1提供的折扣=我单位职工体检时的实际价格。

2.若有与其他体检机构相比，具备独特优势的体检项目，请在备注栏中标明“优势项目”字样，并另附详细说明。

附件6

比选评分标准

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 指标 | 分值 | 评分标准 | 说明 |
| 项目报价 （30%） | 项目报价 | 30 | 以参选单位中价格最低的单位基准价，得满分30分。其他参选单位得分=基准价/报价×30，得分取小数点后两位，第三位四舍五入。 |  |
| 服务能力 （40%） | 项目案例 | 15 | 2020年1月1日至今（以合同签订日期为准）承接重庆市内厅局级及以上政府机关、事业单位和重庆市市属重点国有企业100人以上的团体体检服务项目，最多提供5个项目。 100人＜体检人数≤500人，得1分； 500人＜体检人数≤1000人，得2分； 1000人＜体检人数，得3分。 | 提供业绩合同复印件加盖参选单位公章。 |
| 仪器设备 | 8 | 具有以下设备的得基本分5分，否则不得分：彩超（3台），具备DR功能的摄片机（2台），全导联心电图机（2台），骨密度仪（2台）的,CT机（1台）。在满足基本得分5分的基础上，每增加1台彩超或DR机或核磁共振仪器得1分，最多得8分。提供设备清单，同时须提供清单对应的设备照片及设备证书复印件。注：相应检验设备应提供法定计量检定机构出具的检定证书或校准证书。 | 提供相应证明材料复印件加盖参选单位公章。 |
| 专业团队 | 7 | 1.服务团队中主检医生有10名及以上具备副主任医师职称的得5分；服务团队中主检医生有4-9名具备副主任医师职称的得2分；服务团队中主检医生有3名及以下具备副主任医师职称的得1分。（提供职称证书和执业证书复印件加盖供应商公章） 2.服务团队中超声科和放射科医生有2名及以上具有副主任医师职称的得2分。（提供职称证书和执业证书复印件加盖供应商公章） |
| 体检服务方案 | 10 | 1.服务方案详细具体、切实可行、针对性强、可操作性高，体检流程便捷合理、服务质量控制与保障措施健全有力，健康档案管理及检后服务方案全面完善的得10分； 2.总体服务方案较详细具体、可行、有针对性、可操作，体检流程较便捷合理、有服务质量控制与保障措施、措施较健全，健康档案管理及检后服务方案较全面完善的得5分； 3.总体服务方案粗略、可行性差、针对性弱，体检流程不合理、服务质量控制与保障措施不健全，健康档案管理及检后服务方案片面不完善的得1分； 4.未提供相关内容的得0分。 | 评审组对各参选单位所提供服务方案进行独立评分。 |
| 服务保障 （30%） | 体检环境 | 15 | 1.体检场所相对固定。（1—2项检查项目，不设在体检场所，为相对固定；有3项检查项目不在体检场所，为不固定），相对固定得6分，不固定得0分。 2.有男女分区体检的，提供分检区照片，有得6分，无得0分。  3.体检地点交通便利，停车方便，最多5分。 | 参选单位自行应答并提供承诺函。 |
| 体检流程 | 7 | 1.对于花时间长的体检项目，能否分流，能得4分，否得0分。 2.单项目排队时间是否低于15分钟，是得3分，否得0分。 |
| 承诺服务 | 8 | 参选文件中自行提出除体检项目检查本身外的其他增值服务的，提供的相关增值服务切实可行且具有普遍价值的，有一项得2分，最多得8分。 |