**中山大学附属第八医院（深圳福田）**

**医疗责任保险调研论证文件**

(正本/副本)

**项目名称：中山大学附属第八医院（深圳福田）医疗责任保险调研**

**供应商名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

**调研论证材料目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料目录** | **对应页码** |
| 1 | 保险方案 |  |
| 2 | 保险报价单 |  |
| 3 | 供应商资质资料 |  |
| 4 | 法人证明及法人授权书 |  |
| 5 | 近三年同类项目业绩 |  |
| 6 | 公司简介及优势 |  |
| 7 | 供应商认为需要补充的其他材料（如有） |  |

**一、保险方案**

*格式自拟，需列明医疗责任保险承保的具体项目及承保额度，以及特别约定等方案内容*

**二、保险报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购项目名称** | **数量** | **保费预算** | **保险期限** | **保费报价** | **备注** |
| 1 | 医疗责任保险 | 1 | 200万元 | 1年 |  |  |

注：保费报价不得高于保险预算金额，否则视为无效报价

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

附医院基础数据（2024年度）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 床位数 | 门诊人次 | 住院手术数 | 下属社康数 | 医务人员数 |
| 1357 | 2602986 | 49283 | 32 | 2347 |

**三、供应商资质资料**

*1**.具有独立承担民事责任的能力（提供营业执照或事业单位法人证书等证明资料扫描件；分支机构参与投标的，须提供总公司及分支机构的营业执照扫描件，总公司或者分支机构只允许一家投标，不允许同时参与本项目投标）。*

*2总公司投标的须提供由中国银保监会（或原中国保险监督管理委员会）或其派出机构核发的《保险公司法人许可证》或《保险许可证》；分公司投标的须提供由中国银保监会或其派出机构核发的《经营保险业务许可证》或《保险许可证》。*

*3.投标人必须保证无行贿犯罪记录，三年内的经营活动中没有重大违法违规记录，无骗取中标、无严重违约及重大安全及质量问题。*

**承诺函（参考格式）**

**中山大学附属第八医院（深圳福田）：**

我公司承诺：

* + - 1. 我公司本采购项目所提供的货物或服务未侵犯知识产权。
      2. 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
      3. 我公司参与本项目投标前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。
      4. 我公司参与本项目政府采购活动时不存在被有关部门禁止参与政府采购活动且在有效期内的情况。
      5. 我公司具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款规定的六项条件。
      6. 我公司未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。
      7. 我公司承诺非联合体投标。

以上承诺，如有违反，愿依照国家相关法律处理，并承担由此给贵院带来的损失。

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

**四、****法人证明及法人授权书**

## **法定代表人/负责人证明书**

. 同志，现任我单位 职务，为法定代表人/负责人，特此证明。

本证明书自签发之日起生效，有效期与本公司论证文件中标注的有效期相同。

附：

经济性质：

主营（产）：

兼营（产）：无

**供应商名称（盖章）：**

**日期： 年 月 日**

## **提供法定代表人/负责人居民身份证（正反面）复印件**

## **法定代表人/负责人授权委托书**

本授权委托书声明：注册于 （投标人地址） 的 （投标人名称） 由（法定代表人/负责人姓名、职务） 在此授权（被授权人姓名、职务、联系电话） 作为我公司的合法代理人，就中山大学附属第八医院（深圳福田）医疗责任保险调研项目的调研活动，代理人有权以我方的名义处理一切与之有关的事务。

被授权人（投标人授权代表）无转委托权限。

本授权书自盖章之日起生效，特此声明。

**供应商名称（盖章）：**

**日期： 年 月 日**

**提供被授权人（授权代表）居民身份证（正反面）复印件：**

**五、近三年同类项目业绩**

*格式自拟，提供合同关键页或中标通知书复印件或保单复印件均可*

**六、公司简介及优势**

**七、供应商认为需要补充的其他材料（如有）**