新昌县65岁以上老年人脑卒中风险筛查服务

采购项目市场调研公告

新昌县卫生健康局就65岁以上老年人脑卒中风险筛查服务采购项目进行市场调研，现将有关事项公告如下：

1、项目概况：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **内容** | **数量** | **预算金额** |
| 新昌县65岁以上老年人脑卒中风险筛查服务采购项目 | 对新昌县65岁以上（出生日期在1959年12月31日前）居民开展基于血液标记物的脑卒中风险筛查评估服务 | 1项 | 290000元 |

2、资格条件：

（1）必须符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的要求；

（2）参加调研供应商无以下不良行为：在公开网站上能查到的被财政部或浙江省财政厅处理（或处罚）而处于暂停政府采购资格期的或处于暂停承接业务资格期的；或被国家级、浙江省级、绍兴市级、新昌县级行业主管部门处罚处于暂停承接业务资格期的；或被新昌县政府采购监管部门列入不良行为还在公示期内的或者处于暂停政府采购资格期的；或被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）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的；联合体成员任意一方存在不良信用记录的，视同联合体存在不良信用记录；

（3）参加调研供应商自2021年01月01日起到中标公告期结束前无行贿犯罪记录；

（4）单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动；为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动；

（5）**参加调研供应商配备具备医疗器械注册证的检测设备、试剂及评估软件，至少能提供以下检测项目：胆固醇（CHO）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、超敏C反应蛋白（hs-CRP）、脂蛋白a（LPa）、同型半胱氨酸（HCY）、糖化血清蛋白（GSP），使用脑卒中风险筛查软件出具基于血液标记物的脑卒中风险评估。**

3、凡符合上述要求的供应商均可参加市场调研，在公告上下载调研报名资料表，并于**2025年6月6日24:00时**前将电子版调研资料发送至邮箱：646541731@qq.com。

4、调研资料

4.1.调研资料：报名表、公司情况介绍、公司相关资质证明文件、法定代表人资格证明文件、授权人资格证明文件、项目实施方案、同类项目业绩表、服务承诺书及保障措施（包含但不限于检测人员、检测设备和筛查软件配置情况、质量控制措施）、投标人认为需要提供的其他资料。

4.2现场调研时间：另行通知。

4.3现场调研需带6份（一正5副）调研资料至现场。

5、采购单位联系人

新昌县卫生健康局 宋先生 电话:0575-86025783

6、公告发布媒体：浙江省政府采购网

新昌县卫生健康局

2025年5月30日

**附件 1**

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 调研项目 | 新昌县65岁以上老年人脑卒中风险筛查服务采购项目 |
| 单位名称 |  |
| 报名日期 |  |
| 报名人员 |  |
| 手机号码 |  |
| 邮 箱 |  |
| 我单位同意按采购文件要求参加调研（报价）并提交资料。  调研供应商代表签字： | |

**附件2 格式文件**

格式一

**法定代表人身份证明书**

　 ｛姓名｝ 　，　｛性别｝　，　｛年龄｝　，　｛职务｝　，身份证号码： ，系　｛调研供应商名称｝ 的法定代表人。

特此证明。

　｛调研供应商名称｝　（盖章）

    年   月   日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件粘贴处 |

格式二

**法定代表人授权书**

新昌县卫生健康局：

本授权书声明：我｛姓名｝系　｛调研供应商名称｝ 的法定代表人，现授权委托 ｛姓名｝ 为我公司全权代理人，身份证号码： ，以本公司的名义参加贵方组织的调研活动。代理人在调研过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人无转委权，特此委托。

法定代表人（签字）：

代理人（签字）：

　｛调研供应商名称｝　（盖章）

    年   月   日

|  |
| --- |
| 代理人身份证复印件粘贴处 |

格式三

**同类项目业绩表**

（2022年1月1日以来）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **时间** | **项目名称** | **金额** | **实施情况** | **采购方单位名称** | **联系人姓名**  **联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**提供相应的销售合同复印件、用户联系方式并加盖询标供应商公章，原件备查。**

参加调研单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式四

**参加调研单位情况介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 调研供应商全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业相关资质 |  | 营业执照编号 |  |
| 单位性质 |  | 隶属 |  |
| 主要业务 |  | 固定资产净值(万元) |  |
| 现有职工总人数 |  | 单位成立日期 |  |
| 法定代表人 | 1.姓名： 2.职务： 3.职称： | | |
| 联系方式 | 1.地址：  2.邮编： 3.电话：  4.传真： 5.联系人： | | |
| 开户银行 | 1.名称：  2.账号： | | |

格式五

与项目相关检测设备和筛查软件配备表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 设备名称 | 型号 | 医疗器械注册证号  （软件著作权证号） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：提供购置发票复印件，软件如为自研则需提供相关证明。

格式六

## 参加调研单位的服务承诺书及保障措施

新昌县卫生健康局 ：

非常荣幸能参加贵方组织的 65岁以上老年人脑卒中风险筛查服务采购 项目的调研事宜，现我公司就相关服务作出如下承诺：

一、质量保证：

二、技术服务：

三、保障措施：

四、培训服务：

五、售后服务：

六、其他：

参加调研单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日