

# 关于召开苍南县第三人民医院医疗责任赔付保险 采购项目调研会的通知

我单位拟于近期开展医疗责任赔付保险的采购工作，根据财政部《政府采购需求管理办法》精神，为全面了解该项目的相关情况，现面向市场开展需求调研会，欢迎具有相应资质的供应商报名参加。

## 一、项目概况

序号	项目名称	服务年限	预算金额	备注
1	苍南县第三人民医院医疗责任赔付保险采购项目	3年	42万元/年	本项目采用合同一年一签模式，每年度期满后采购人根据本年实际管理考核情况，考核合格的，方可续签次年合同，累计签订合同时间不超过三年。

## 二、报名截止时间

调研公告发布之日起至 2025 年 3 月 28 日 16:50 前。（按提交报名资料时间计算）

## 三、报名方式

通过扫描下列二维码添加“苍南县第三人民医院采供科微信工作号”（备注：保险调研+公司名称+联系方式）提交报名资料



扫一扫上面的二维码图案，加我为朋友。

---

#### 四、报名需提供以下资料

- 1、填写《调研报名表》（见附件1），登记表加盖公章。
- 2、调研现场所需资料电子版（注：电子版报价单可不填写）

#### 五、调研时间及地点

需现场洽谈，洽谈时间、地点将提前通知提交资料的供应商，请保持电话畅通。

#### 六、调研现场需提供以下资料（装订成册）

- 1、《营业执照》；
- 2、法定代表人授权委托书及被授权人身份证（加盖公章）；
- 3、《报价表》（附件2）；
- 4、近三年内，相同项目业绩（以合同为主）；
- 5、相关服务方案及项目建议（现场需进行PPT介绍）；

注：上述资料需提供1正4副共5本。

#### 七、采购需求（见附件3）

#### 六、采购单位联系信息

联系人：叶老师      13732050048      0577-59959052

苍南县第三人民医院

2025年3月14日

附表 1

## 苍南县第三人民医院市场调研报名表

一、企业基本情况			
供应商名称		法定代表人	
组织机构代码		注册资本	
单位地址		公司类型	
主要经营范围			
企业资质证书			
联系人		联系方式	
备用联系方式		电子邮箱	
备注			

---

附件 2

报价表

项目名称	报价	备注
苍南县第三人民医院医疗责任赔付保险采购项目	大写： 小写：	

---

## 附件 3

### 一、项目基本情况

(一)、服务项目：苍南县第三人民医院医疗责任赔付保险采购项目。

(二)、医院概况：本院实际一线在岗医师 183；护士 271，床位定额为 500 张（根据报表实际统计，床位数为 472 张）

### 二、服务要求

1、团队设置：成立针对本次项目的专门团队负责本项目的保险服务。

2、勘查时效：设立 365 天无休日，24 小时报案、咨询受理电话服务。

3、理赔服务：

(1) 接到被保险人报案后，及时派员赴现场，受理案件。

(2) 告知受理医疗纠纷理赔申请后，告知患方理赔处理程序和需要提交的材料。

(3) 理赔处理保险公司应派员参加医疗纠纷的全程调查处理。

(4) 理赔时效在索赔单证齐全，最长 10 个工作日内赔付结案。赔偿款由保险公司直接汇入医方指定帐户。

4、保险金额：报名公司根据医院的概况自我介绍，详细阐述其保险金额的相关信息。（包括但不限于医疗责任每人基准赔偿限额、医疗责任险年度累计赔偿限额、医疗事故或诊疗意外的保险人按照每次事故赔付限额及免赔率/额等）

5、提供详细保险方案。

6、保单采用期内发生制。