

海安市人民医院采购多基因外送检测（高通量测序 NGS）服务项目调研公告

根据政府相关法律法规及我院相关规定，对我院拟采购多基因外送检测（高通量测序 NGS）服务项目进行信息公示并择期组织院内调研。为了增加对该项目的了解，欢迎符合要求的相关供应商前来报名参加检测服务项目介绍。相关信息及要求公告如下：

一、项目内容：

多基因外送检测（高通量测序 NGS）服务项目

二、供应商要求：

（一）资格要求：

- 1、满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；
- 2、供应商必须是中国境内的公司、企业独立法人、符合本项目经营范围；
- 3、供应商企业近年来资信良好，没有违法记录。

（二）递交材料要求（以下材料均须盖报名单位公章）：

- 1、报名表原件（见附件 1）；
- 2、报名人法人身份证和授权委托书、被授权人身份证复印件和联系电话（见附件 2、3）；
- 3、卫生部门核发有效期内的《医疗机构执业许可证》、《临床基因扩增检验实验室验收合格证书》；
- 4、供应商国内实验室需完成生物安全备案；
- 5、提供 2025 年国家卫健委临检中心室间质评证书或成绩单（全国肿瘤游离 DNA（ctDNA）基因突变高通量测序检测和肿瘤体细胞突变高通量测序检测生物信息学分析）；
- 6、提交检测项目所用的测序仪及检测试剂盒资质（使用的高通量测序(NGS)检测试剂通过国家药监局审批或备案，需提供相应证明材料）、检测人、报告签发人信息表（见附件 4），并提供测序仪及试剂盒第三类医疗器械注册证复印件、检测人资质文件（临床医学检验技术专业资格证书、PCR 上岗证或培训证明）、报告签发人资质文件（需要副高级及以上职称的检验或病理医师资格证书、执业证书、PCR 上岗证或培训证明）；
- 7、提供高通量测序(NGS)项目合法开展的相关证明材料；
- 8、参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；
- 9、与同级别医院合作的成功案例 2 个及以上（提供证明材料）；
- 10、以上所有材料必须真实有效，扫描且加盖单位公章，如提供虚假材料一经核实则不得再参与医院后续采购项目。

注：将以上材料按序放置，制作封面及目录并标明相应页码，扫描合并成 PDF 格式文件（报名时仅发送电子档）。

三、调研资料递交方式、截止时间及联系方式：

- 1、递交方式：PDF 文件发邮箱 88869901@163.com。（邮件主题注明报名公司名称+项目名称）。
- 2、调研资料递交截止时间：2025 年 11 月 16 日 17:00。
- 3、服务项目现场介绍：根据项目报名情况，如有必要会组织来院作现场产品介绍，具体时间和地点另行通知（通知方式以邮件方式为主，请自行关注报名邮箱）。



附件 1

海安市人民医院采购多基因外送检测（高通量测序 NGS）服务项

目调研报名表

公司名称：_____

公司地址：_____

委托人（联系人）：_____

邮箱地址：_____

联系电话（手机号）：_____

企业法人声明：本人保证所供资料完整准确并愿意承担相应责任！

报名供应商（盖公章）：_____

企业法人或授权人代表签字：_____

附件 2

法定代表人身份证明

_____先生/女士： 现任我单位_____职务，为法定代表人，特此证明。

身份证号码： _____

联系电话： _____

注：提供法定代表人的身份证复印件盖公章

附件 3

法定代表人授权委托书

本人_____（姓名）系_____（授权单位名称）的法定代表人，现委托_____（姓名）（身份证号_____）为我方代理人，以我方名义全权处理与本次采购项目（编号：_____）有关的一切事务，其法律后果由我方承担。

本授权书于_____年_____月_____日起生效。代理人无转委托权。

代理人（被授权人）：-_____

联系电话：_____

授权单位名称（盖章）：_____

授权单位法定代表人（签字或盖章）：_____

XXXX 年 XX 月 XX 日

注：提供投标代表本人身份证复印件盖公章

附件 4

检测项目相关资质信息表

序号	检测项目名称	测序仪型号	测序仪注册证号	所用试剂盒名称	试剂盒注册证号	检测人姓名	检测人资质清单	报告签发人姓名	报告签发人资质清单
1									
2									
3									
4									
5									

注：可自行加行， 加盖报名人单位公章。