

中标通知书

杭州迪安医学检验中心有限公司：

绍兴市七人民医院精神类药物浓度外送检测服务采购项目（招标编号：YH2019-12002），于 2019 年 12 月 16 日在耀华建设管理有限公司会议室交易成功，经公示无异议，决定由你单位中标。

请你单位及时与采购人签订合同。

项目名称	绍兴市七人民医院精神类药物浓度外送检测服务采购项目
采购人	绍兴市第七人民医院
招标方式	公开招标
签约期限	请于中标通知书发出之日起，在规定时间内签订政府采购合同
中标价 (折扣)	浙江省医疗服务价格收费标准的 42%

绍兴市第七人民医院
耀华建设管理有限公司
2019年12月19日



医学检测服务协议

甲方：绍兴市第七人民医院

(以下简称甲方)

地址：绍兴市胜利西路 1234 号

乙方：杭州迪安医学检验中心有限公司

(以下简称乙方)

地址：杭州市西湖区金蓬街 329 号

根据《中华人民共和国合同法》和相关法律、法规的规定，甲乙双方本着平等互利、诚信自愿的原则，就甲方委托乙方对其临床质谱检测样本进行检测事宜，达成如下协议：

1、检测项目

1.1 检测项目：血清药物浓度检测，具体检测项目以乙方最新的《检测目录》（附件 1）及公开公示的项目为准。

1.2 乙方所设检测项目随业务范围扩大不断更新，检测项目发生变更时由乙方及时通知甲方。

2、检测样本

2.1 样本的收集：

2.1.1 甲方应按照乙方提供附件 1《检测目录》中的《样本采集手册》采集样本，并注明样本采集时间。

2.1.2 甲方应当在检测项目要求的规定时间内，按照规定的方式对其所采集的样本进行前处理和存储。

如因甲方采集或处理存储不当造成样本不符合检测要求的，由甲方自行承担后果。

2.1.3 甲方应确保向乙方提供完整准确的样本检测申请信息，包括患者基本信息、标本类型、项目名称、采样时间等，便于乙方提供适宜的检验和结果解释。

2.2 样本的交付：甲方应当将样本统一存放在双方约定的地点，并安排人员与乙方配送专员进行样本交接签收工作（样本交付地点详见附件 2《客户服务承诺书》）。

2.3 样本的保存期：

2.3.1 乙方应当按照国家及行业标准对样本进行保存，检验类原始样本保存 7 天。

2.3.2 由于样本本身特性不能达到此保存期限，或按照此期限进行样本保存无意义时，不适用前款保存期限的规定。

3、检测报告

3.1 检测报告的交付时间：3 个工作日将报告送至临床或导入医院 LIS 系统、HIS 系统。

3.2 如乙方未能在前款约定的时间交付报告的，应以书面或电话的形式及时通知甲方。

3.3 如甲方对乙方出具的检测结果有异议的，应在本协议 2.3.1 条规定的样本保存期内提出。如在样本保存期内没有提出异议，视同甲方接受检验结果。

4、价格及费用结算

4.1 收费标准：甲方按照当地物价部门规定的收费标准向患者收取检测费用。

4.2 收费标准的调整：如当地物价部门规定的收费标准发生变动时，甲方应按物价部门的规定及时调整到位。

4.3 结算的价格：甲方按照 4.1 条规定的收费标准的 42% 向乙方支付检测服务费。

4.4 业务量的结算：以甲方 LIS 系统项目检测清单为准。

4.5 结算时间：乙方每月就上月 26 日至本月 25 日的检测费用与甲方进行月度结算。

4.6 检测服务费的支付：甲方应在每个月度结束后 90 日内以银行转账方式将乙方开具发票金额汇入乙方指定账户。甲方未按上述约定付款的，乙方有权中止样本接收及检测服务，因乙方中止服务产生的损失或责任由甲方承担；待甲方提供等额的保证金或足额支付检测费用后，乙方将恢复服务。

5、甲方权利义务：

5.1 未经乙方明确的书面收款授权，甲方不得将检测服务费以现金方式支付给乙方工作人员。

5.2 甲方应按本协议的约定向患者收取检测费，如甲方有漏收费的，不影响甲方向乙方支付检测服务费。

5.3 甲方将乙方作为甲方独家临床质谱检测样本（抗精神病药物血药浓度）的外送检测单位。

5.4 甲方应针对部分检验结果对临床诊疗的危急程度，应明确危急值的报告部门或联系人：检验科、联系电话：057585397939。

6、乙方权利义务

6.1 对于乙方自行检测的项目，乙方应保证自身的能力和资源能够满足甲方的委托检测需求，包括实验室人员的技能和专业知识，检测方法等。

6.2 乙方保证检验结果准确可靠，提供的检验报告建议仅做参考不作最后诊断依据。

6.3 如样本不符合检测要求的，乙方有权退单；如甲方坚持要求检测的，乙方对检测结果不承担责任。

6.4 如乙方的检测项目、收费标准、检测报告交付时间等事项发生变更时，应及时向甲方报告变更内容。

6.5 乙方可根据甲方需求，为甲方提供分析前样本的质量控制等相关内容的培训服务。

6.6 乙方集团旗下的司法鉴定所可为甲方提供医疗争议方面的免费咨询服务。

7、协议有效期

7.1 本协议有效期为：壹年，自2020年2月1日至2021年1月31日止。

8、违约责任

8.1 如乙方检测的项目发生质量问题，造成甲方向患者承担赔偿责任的，甲方有权向乙方追索该损失。

8.2 如甲方未按本协议的约定按时支付检测服务费的，应当按日按应付款的万分之五支付违约金。

9、其他：

9.1 因本协议所发生的一切争议，双方应友好协商解决，协商不成的，任何一方有权向乙方所在地人民法院起诉。

9.2 本协议自双方签字盖章后生效，本协议若有未尽事宜，双方可另行签订补充协议，任何一方工作人员的口头承诺一律无效。

9.3 本协议一式二份，甲乙双方各执一份。

9.4 本协议包含的下列附件为本协议不可分割的组成部分，与本协议具有同等法律效力。

附件1《检测目录》、附件2《客户服务承诺书》

9.5 为更好地配合甲方收集检测样本，乙方将视情况向甲方提供检测项目所涉耗材，甲方应予以签收。签收完成后，由甲方履行医疗器械管理职责。对于耗材有效期即将届满等情况，甲方应提前15日通知乙方进行处理。

甲方：绍兴市第七人民医院（盖章）

开户银行：

单位账户：

联系电话：

授权代表签字：

日期：



乙方：杭州迪安医学检验中心有限公司（盖章）

开户银行：

公司账户：

联系电话：

授权代表签字：

日期：



附件 1

1. 《检测目录》

序号	检测项目	序号	检测项目
1	茶碱	26	舍曲林
2	甲氨蝶呤	27	西酞普兰
3	氯氮平及去甲氯氮平	28	艾司西酞普兰
4	氯丙嗪	29	文拉法辛+O-去甲文拉法辛
5	利培酮及 9-羟利培酮	30	曲唑酮
6	喹硫平	31	氟西汀+去甲氟西汀
7	阿立哌唑+脱氢阿立哌唑	32	氟伏沙明
8	奥氮平	33	度洛西汀
9	氟哌啶醇	34	安非他酮
10	奋乃静	35	羟安非他酮
11	舒必利	36	阿普唑仑
12	齐拉西酮	37	氯硝西洋
13	帕利哌酮 (帕潘立酮)	38	艾司唑仑
14	氨磺必利	39	唑吡坦
15	苯妥英钠	40	佐匹克隆
16	托吡酯	41	咪达唑仑
17	左乙拉西坦	42	劳拉西洋
18	拉莫三嗪	43	地西洋
19	卡马西平	44	奥沙西洋
20	奥卡西平+10-羟基卡马西平	45	多奈哌齐
21	丙戊酸	46	美金刚
22	苯巴比妥	47	卡巴拉汀
23	碳酸锂	48	万古霉素
24	米氮平	49	伏立康唑
25	帕罗西汀	50	他克莫司

51	西罗莫司	52	霉酚酸酯
53	环孢霉素 A		

备注：检测药物种类可根据医院要求予以补充新增。

2. 标本采集要求：

1. 他克莫司. 西罗莫司. 环孢霉素 A 项目 EDTA 抗凝全血 $\geq 1\text{mL}$ ，下一次服药前采血。
2. 其他血清 $\geq 1\text{mL}$ ，抽血前一天不吸烟，不喝酒、咖啡等，下一次服药前采血。

迪安 客户服务承诺书

经办人: 梁许寅

时间:

编号: □□-

申请人: 梁许寅

时间:

评审编号: □□-

客户名称	绍兴市第七人民医院			详细地址	绍兴市		
客户级别	三级	客户等级	甲等	预计每月外送金额(元)			
外送科室负责人	凌迎春			联系电话	13857599420		
客户样本对接人	凌迎春			联系电话	13857599420		
医院外送项目	<input type="checkbox"/> 全部外送 <input checked="" type="checkbox"/> 客户项目清单						
合同起止时间				服务起始时间			
样本接收方式	样本前处理	客户负责样本前处理工作			<input type="checkbox"/> 条形码粘贴 <input type="checkbox"/> 填写签收 <input checked="" type="checkbox"/> 样本吸样 <input checked="" type="checkbox"/> 样本离心		
	样本接收地点及样本存放处	接收地点	检验科				
		样本存放处	检验科				
	样本接收	样本接收安排	<input checked="" type="checkbox"/> 周一 <input checked="" type="checkbox"/> 周二 <input checked="" type="checkbox"/> 周三 <input checked="" type="checkbox"/> 周四 <input type="checkbox"/> 周五 <input checked="" type="checkbox"/> 周六 <input type="checkbox"/> 周日 <input type="checkbox"/> 电话通知				
		每天具体接收时段	<input type="checkbox"/> 配送部统一安排		接收频次		
耗材配送清单							
样本信息签收方式	<input checked="" type="checkbox"/> 手动生成 <input type="checkbox"/> 自动生成:		<input type="checkbox"/> 信息数据传输 <input type="checkbox"/> 打印签收单				
报告发送时间	常规报告时间			报告单打印格式	以本中心名义发布检验报告单		
检验报告发送方式: (除原件快递外,其他方式仅可选一种)	<input checked="" type="checkbox"/> 客户自行网络打印 <input type="checkbox"/> 数据结果导出						
	<input type="checkbox"/> 配送专员派送	打印份数					
	<input type="checkbox"/> 中心传真	派送地址1					
	<input type="checkbox"/> 电子邮件	传真号码	确认人/电话				
	<input type="checkbox"/> 原件快递	收件科室	收件人/电话				
		快递地址					
病理报告发送方式	<input checked="" type="checkbox"/> 客户自行网络打印						
	<input type="checkbox"/> 配送专员派送	派送地址1					
		派送地址2					
	<input type="checkbox"/> 原件快递	收件科室	收件人/电话				
		快递地址					
<input type="checkbox"/> 其他方式							
紧急情况的发送方式	检验科057585397939						
原始申请单保存方式	<input type="checkbox"/> 报告和原始单装订 <input type="checkbox"/> 其他:						
其它约定	<input type="checkbox"/> 报告和原始单装订 <input type="checkbox"/> 其他:						

代表人:

外送负责部门: 同专用章

具体联系人: 白伟新

联系人电话:

代表人:

样本接收部门:

联系人:

联系人电话:

