**厦门市妇幼保健院医疗废物处置服务市场调研公告**

**一、调研说明**

1、根据我院业务发展需要，拟于近期对我院镇海院区和集美院区的“医疗废物处置服务”项目进行市场调研，诚邀具备合格资质、具有相关经验的公司报名参加市场调研。此调研不代表任何采购行为。

2、请具备资质的供应商收集项目资料，并于2025年6月17日下午17:00前报送镇海院区保障部审核（厦门市思明区镇海路10号1号楼1003），联系人：施老师，联系电话：0592-2661220。要求资料内容完整、清晰、整洁，按项目内容顺序排列，并注明页码，胶装成册密封，一式两份，加盖供应商本单位公章。逾期送达的报名文件以及不符合要求的报名文件不予受理，不接受邮寄文件。

3、本采购项目进入招标程序后，请有意向参与投标的供应商直接关注中国政府采购网。

**二、项目名称**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **服务内容** | **采购预算** | **服务期限** |
| 1 | 医疗废物处置服务 | 供应商必须严格按照国家法律规定以及国家卫生健康委员会、福建省卫生健康委员会、环保部门等相关单位的规定，做好感染性、损伤性、病理性（含胎盘、病理标本）、化学性、药物性等医疗废物的回收清运处置工作，确保清运处置合法合规，高效安全。本项目所指医疗废物为医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或者间接感染性、毒性以及其他危害性的废物。服务地点包含厦门市妇幼保健院镇海院区和集美院区。 | 105万元 | 2025年10月1日至2026年9月30日 |

**三、项目概况及基本服务要求**

1、厦门市妇幼保健院镇海院区现有编制床位数700张，集美院区2025年至2026年预计将逐步开放床位100张。

2、供应商回收医疗废物的时间须按照厦门市疾病控制中心之规定要求，保证每24小时（包括双休日、节假日）至少回收清运一次。胎盘每次清运间隔时间不超过48小时。病理标本和化学废液、翔安实验室医疗废物每周至少回收清运一次。若管理要求有变更，清运间隔时间须随之变更。

3、供应商负责向采购人提供《危险废物转移联单（医疗废物专用）》。清运医疗废物时，供应商应将相应车辆停放于采购人指定的专用车位或指定地点，并且指定专人在岗与采购人进行交接。双方人员对清运的医疗废物进行过秤计量，登记好医疗废物的种类、数量、交接时间，由双方人员在转移联单上签字确认，转移联单每月汇总给采购人。此外，根据政府相关主管部门的要求，供应商应配合采购人做好医疗废物电子联单的申报工作。

4、供应商负责向采购人提供有规定标识的专用医疗废物周转箱和黄色医疗垃圾袋，保证每天有足够病房、门诊及医技科室回收医疗垃圾的专用周转箱，周转箱套袋，大、小医疗垃圾专用袋。清运交接医疗废物时，供应商应以清洁消毒后的周转箱更换使用后的周转箱（以箱换箱）。

5、供应商必须有符合要求的专用运输转运车辆，有符合环保要求的处置设施。供应商应按国家有关危险废物的相关规定实施运输并安全处置采购人交付的医疗废物。保证转运车在转运途中不出现遗漏、泄漏事故并有相应的监管措施。因供应商过错致使医疗废物处置过程中对周边环境造成二次污染及安全卫生事故的，由供应商自行承担相应的法律责任及赔偿。

6、供应商须按照法律法规和上级主管部门的指导不断提高对医疗废物的管理水平，特别是针对容易流向社会的医疗塑料，胎盘等，应通过协商、联络及确认后，与采购人共同采取措施确保医疗废物不流向社会。

**四、报名材料如下：**

**递交必备文件清单**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **资料名称** |
| 1 | 封面：应注明供应商企业名称、所投项目名称，并注明联系人及联系方式**（附件1）。** |
| 2 | 提供供应商资质（含营业执照、《危险废物经营许可证》（经营废物类别含有HW01医疗废物）、谈判代表法人授权书及身份证复印件等）。 |
| 3 | 项目报价**（详见附件2）。** |
| 4 | 服务方案内容：服务保障措施、安全文明服务措施、突发应急措施、二次污染及安全卫生事故预防方案、服务响应承诺等。 |
| 5 | 提供近三年服务对象清单及资料(尽可能提供福建省内三甲医院中标资料，含中标通知书、招标参数、合同、发票复印件等） |
| 6 | 廉洁承诺书**（详见附件3）。** |
| 7 | 中小企业声明函**（详见附件4）。** |
| 8 | 参加采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录书面声明**（详见附件5）。** |

备注：1-8项均为必备资料，按项目内容顺序排列，并注明页码，胶装成册密封，一式两份，加盖供应商本单位公章。若无法提供该项目文件，请在该项所对应的页面上填写情况说明。请供应商务必保证所填信息真实准确（附件请参照模板如实填写），我院将组织相关专家对投递项目资料进行严格审核，若有弄虚作假或其他问题将按照相关法律法规严肃处理。

厦门市妇幼保健院

2025年6月12日

**附件1：**

**厦门市妇幼保健院**

报

名

材

料

项目名称：医疗废物处置服务

供 应 商：

联 系 人：

联系方式：

日 期：

**附件2：**

**项目报价**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 分项 | 天数 | 单价 | 收费床位数 | 小计（元） | 备注 |
| 医疗废物委托处置服务 | 2025年10月1日至2025年12月31日镇海院区 | 92天 | 【 】元/床位·天 | 【 】床 |  | 报价单价不得高于3元/床位·天，床位数不得高于700张。 |
| 2026年1月1日至2026年9月30日镇海院区 | 293天 | 【 】元/床位·天 | 【 】床 |  | 报价单价不得高于4元/床位·天，床位数不得高于700张。 |
| 2025年10月1日至2025年12月31日集美院区 | 92天 | 【 】元/床位·天 | 【 】床 |  | 报价单价不得高于3元/床位·天，床位数不得高于100张。 |
| 2026年1月1日至2026年9月30日集美院区 | 293天 | 【 】元/床位·天 | 【 】床 |  | 报价单价不得高于4元/床位·天，床位数不得高于100张。 |
|  |  |  | 合计 |  |  |
| 总价 | 大写：人民币 元整。 | | | | | |
| 说明 | 1、本项目报价为完成采购人要求的所有服务内容及要求所需的所有费用，包括但不限于以下费用：废物运输费、废物处置费、人员费用、设备投入使用费、垃圾袋费用、周转箱费用、行政办公费、服装费、保险费、管理费、利润、税费等。  2、价格按照《厦门市发展和改革委员会关于调整医疗废物处置收费标准及相关事项的通知》（厦发改收费[2023]649号文）规定的限价执行。有固定床位的医疗机构自2024年1月1日起收费标准为3元/床位·天，自2026年1月1日起收费标准为4元/床位·天。  3、本项目采购最高控制价为人民币105万元，供应商报价超过最高控制价的响应无效。 | | | | | |

**附件3：**

**廉洁告知书**

（供应商单位名称） ：

为进一步完善厦门市属公立医疗单位采购监督制约机制，防止发生医疗领域商业贿赂行为，贵司在医疗机构采购活动中要廉洁自律、诚实守信，遵守如下规定：

1. 严格遵守国家有关工程建设、招标投标、物资采购、服务采购等相关法律法规、政策以及廉政建设规定。
2. 坚持公平、公正、公开和诚实守信的原则，不得为获取不正当利益损害国家、集体、第三人和对方利益。
3. 不得有商业贿赂行为，如赠予甲方人员现金、物品、有价证券，或以支付凭证、理财等方式变相支付本应由甲方人员承担的款项。
4. 不得以任何理由邀请甲方人员进入营业性娱乐场所或者参加影响业务工作公平公正开展的其他活动。
5. 不得到甲方医疗场所、工作人员家中推销产品并提供任何好处费，不得采用不正当手段进行临床促销活动。
6. 不得以回扣、宴请等方式影响甲方人员采购或使用医药产品的选择权，不得在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿费用。

如违反上述规定，甲方有权选择立即中止、终止或解除与贵司正在进行的任何业务关系，贵司应承担甲方因此产生的经济损失、不良后果及相应的违约责任。

厦门市妇幼保健院

年 月 日

厦门市妇幼保健院廉洁告知书我已收到，内容我已知悉并理解，我方承诺将严格按照《廉洁告知书》相关内容履行。

签字：

单位盖章：

日期：

**附件4：**

**中小企业声明函**

本公司郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库〔2020〕46 号）的规定，本公司【 】，从业人员【 】人，营业收入为【 】万元，资产总额为【 】万元，按照【其他未列明行业】行业的划型标准，属于【中型企业、小型企业、微型企业】（根据情况选择一项填写）；

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日期：

填写说明：

1、“其他未列明行业”行业的划型标准：从业人员300人以下的为中小微型企业。其中，从业人员100人及以上的为中型企业；从业人员10人及以上的为小型企业；从业人员10人以下的为微型企业。

填报的企业类型与划型标准不对应的，将可能导致不享受价格扣除。

2、从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报，在【】内填“\”即可。若填报的数据与投标人自己提供的上一年度财务审计报告数据有出入的，将可能导致不享受价格扣除。

3、带【】的地方都要填写，同时不得删减、更改内容，否则将可能导致不享受价格扣除。

**附件5：**

**参加采购活动前三年内在经营活动中**

**没有重大违法记录书面声明**

致：厦门市妇幼保健院

参加采购活动前三年内，我方在经营活动中没有重大违法记录，即没有因违法经营受到刑事处罚或责令停产停业、吊销许可证或执照、较大数额罚款等行政处罚。否则产生不利后果由我方承担责任。

特此声明。

注意：

“重大违法记录”指投标人因违法经营受到刑事处罚或责令停产停业、吊销许可证或执照、较大数额罚款等行政处罚。根据财库〔2022〕3号文件的规定，“较大数额罚款”认定为200万元以上的罚款，法律、行政法规以及国务院有关部门明确规定相关领域“较大数额罚款”标准高于200万元的，从其规定。

请投标人根据实际情况如实声明，否则视为提供虚假材料。

报名供应商：（全称并加盖单位公章）

日期：