**附件1 ：**

**隆林各族自治县中医医院聘请第三方机构开展医保基金使用情况自查自纠服务项目所需资料目录（按序装订成册，一式两份）**

1. 营业执照及相关证明截屏等
2. 授权委托书（附件2）
3. 报价一览表（附件3）
4. 廉洁承诺书（附件4）
5. 防止利益冲突表（附件5）

六、相关人员资质证书

**附件2 ：**

# 法人授权委托书

**隆林各族自治县中医医院：**

为 公司法人代表，特委托 （身份证号码： ），为我方参加贵单位聘请第三方机构开展医保基金使用情况自查自纠服务项目项目的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、报价、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此委托

有效期：2025年 月 日到 2026年 月 日

公司名称：

委托人（签章）：

被委托人：

签署日期：

|  |
| --- |
| （被委托人身份证复印件正、反面） |

**附件3 ：**

报价一览表

项目名称：**聘请第三方机构开展医保基金使用情况自查自纠服务项目**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 项目内容 | 单位 | 数量 | 最高限价（万） | 供应商报价（万） |
| 1 | 使用医保自查咨询指导服务 | 1、服务内容：乙方按照2024年全区医保定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠工作要求，针对定点医疗机构中心血管内科、骨科、血液净化、康复、医学影像、临床检验等6个领域，以及2024年国家和自治区医保基金飞行检查重点关注的肿瘤、麻醉、重症医学等3个领域的常见问题，向甲方提供相关检查服务。  2、服务范围:涵盖甲方2023年1月1日至2024年12月31日期间发生的医保医疗服务收费项目、药品、耗材管理，财务进销存管理，病历、病案首页疾病编码，以及DRG分组付费的自查与指导工作。乙方将按照自治区医保飞行检查的方式和方法，开展医疗服务收费项目及财务、药品、耗材进销存、DRG编码的检查服务，其中现场抽查归档病历及架上病历各不少于10份。。  3、服务成果：乙方为甲方提供医疗服务及财务、药品、耗材项目、病历、病案首页疾病编码、DRG分组付费等全面自查，检查完成后提出整体的评估报告及报告解读，并针对所查出问题为临床科室进行指导及培训。 | 项 | 1 | 6.3 |  |

注：以上价格含税及本项目所产生的一切费用。

附件4：

隆林各族自治县中医医院

供应商廉洁承诺书

根据医院党风廉政以及医药领域腐败问题集中治理的工作的要求，作为参与医院合作供应商，做出如下郑重承诺：

1.在业务往来中，严格遵守医院廉洁建设的各项制度和规定，并支持医院执行有关规定和制度。

2.本公司（含工作人员）决不以任何名义向医院工作人员（含配偶、子女、亲属其他共同利益关系人员）赠送礼品（包括但不限于礼金、股份、有价证券和贵重物品等)；不得为医院工作人员（含配偶、子女、亲属及其他共同利益关系人员）安排工作，以及支付应由其个人自付的各种费用（包括但不限于住宅装修、食宿、子女出国、食宿等）

3.本公司（含工作人员）不得为谋取私利擅自与医院工作人员（含配偶、子女、亲属其他共同利益关系人员）进行私下商谈或者达成默契。

4.本公司（含工作人员）不得以洽谈业务、签订合同等为借口，邀请医院工作人员（含配偶、子女、亲属及其他共同利益关系人员）外出旅游或进入营业性娱乐场所。

5.本公司发现医院工作人员（含配偶、子女、亲属及其他共同利益关系人员）有违反本承诺行为倾向的，应及时提醒纠正并向医院纪委（电话：0776-2505111）举报。

6.经医院监督部门核实认定发现本公司（含工作人员）违反承诺，医院可立即取消与公司的合作，同时医院可保留追究其相应的法律责任。

承诺方名称（盖章）：

法人代表（或委托人）：

年 月 日

**附件5： 隆林各族自治县中医医院防止利益冲突报备表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | 在医院销售的设备、耗材、药品、物资、基建、维修、工程等名称（只写大类） | |  | | | |
| 医院职工本人、配偶、子女、子女配偶及其他共同利益关系人在该企业合作或任职情况 | □否 | | | | | | | |
| □是 | 医院职工姓名 |  | 在该企业合作或任职情况 | | □是 □否 | 合作方式及在该企业担任职务 |  |
| 职工配偶、子女、子女配偶及其他共同利益关系人姓名 | 与该职工关系 | | | 合作方式及在该企业担任职务 | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
| 其他需要报备的情况： | | | | | | | | |
| 1、本公司郑重承诺，以上填写情况属实、准确、完整，并自愿接受医院审查；委托代理人签名的请一并提交委托书。  2、如以上信息发生变化，将及时向医院纪检监察室及主管科室报备；  3、如不如实报备，一经查实，本公司承担相应责任。  报告公司（签章）： 法人及委托代理人： 报告时间： | | | | | | | | |