

采购编号：jsjzcg26-000196212、K00008394

2026 年度金山区“残疾人医疗保险”项目

单一来源文件

招标人：上海市金山区残疾人劳动服务所

采购代理机构：上海市金山区政府采购中心

编制日期：2026-07-16 2026年07月16日 2026年07月16日

目 录

第一章	投标邀请书.....	3
第二章	采购需求.....	6
第三章	合同条款及格式.....	10
第四章	投标文件格式.....	15

第一章 投标邀请书

一. 单一来源谈判邀请

根据《中华人民共和国政府采购法》，上海市金山区残疾人劳动服务所委托上海市金山区政府采购中心，对其《2026 年度金山区“残疾人医疗保险”项目》进行单一来源采购，现邀请中国平安财产保险股份有限公司上海分公司前来参加单一来源采购谈判。

二. 项目概况与谈判范围

- 1、项目名称：2026 年度金山区“残疾人医疗保险”项目
- 2、招标单位：上海市金山区残疾人劳动服务所
- 3、项目编号：jsjzcg26-000196212、K00008394
- 4、项目主要内容：为持有第二代《中华人民共和国残疾人证》，在《上海市残疾人联合会管理信息系统》中登记在册的、具有上海市金山区户籍的持证残疾人购买含人身意外、门急诊住院、大重病等内容的医疗保险。具体内容详见招标文件相关章节。
- 5、预算金额：4762622.4 元。**报价超过预算金额的投标不予接受。**
- 6、最高限价：无。
- 7、服务地址：金山区。
- 8、服务期限：2026 年 8 月 1 日至 2027 年 5 月 31 日。
- 9、付款方式：按实际参保人数分两期支付：第一期于保险协议签订后三十个工作日内支付 60%保费；第二期于 2027 年 2 月 28 日前结清剩余全部保费。
- 10、采购标的对应的中小企业划分标准所属行业：其他未列明行业。

三. 合格的投标人必须具备条件

- 1、符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定条件，未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)失信被执行人名单、重大税收违法案件当事人名单和中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)政府采购严重违法失信行为记录名单的供应商。
- 2、经国家金融监督管理总局批准，具有开展相关保险业务资格，并以其总公司或省级分公司（或同级机构）的名义投标和承保；以省级分公司名义参加投标的，应当取得总公司针对本项目的唯一授权书。
- 3、经营保险业务许可证，本次招标不接受保险兼业代理、中介代理参与。

- 4、本项目不接受联合体响应。
- 5、本项目面向大、中、小、微型等各类供应商采购。
- 6、投标单位承接此项目后不得转包与分包。
- 7、落实政府采购政策需满足的资格要求：促进中小企业、监狱企业、残疾人福利性单位发展。

四. 单一来源谈判文件的获取

- 1、请于 **2026-07-16**，登录“上海市政府采购网”（<http://www.zfcg.sh.gov.cn>）。在网上招标系统中，接受谈判邀请。
- 2、接受谈判邀请之日起至 **2026-07-21**，登录“上海政府采购网”（<http://www.zfcg.sh.gov.cn>）下载采购文件，并按照招标文件要求参加投标。

五. 单一来源谈判文件的递交

- 1、 投标截止时间：**2026-07-24 13:45:00**，迟到或不符合规定的投标文件恕不接受。
- 2、 投标地点：上海市金山区金山大道 2000 号八号楼（海凌路龙海路交叉口）
- 3、 开标所需携带其他材料
 - （1）纸质谈判文件（正本一份，副本二份）；
 - （2）投标文件的投标人代表的身份证原件和复印件（加盖公章）；
 - （3）投标文件的投标人的授权委托书原件（如有授权）；
 - （4）无疑问回复函（原件）；
 - （5）投标人 CA 证书。

六. 单一来源采购响应文件

应至少包括下列部分：

- （1） 投标函（附件1）
- （2） 资格条件及实质性要求响应表（附件2）
- （3） 开标一览表（附件3）
- （4） 报价明细表（附件4）
- （5） 投标人基本情况简介（附件5）

- (6) 供应商资格证明文件，应包括但不限于下列部分：
- A. 营业执照（或事业单位、社会团体法人证书）、税务登记证（若为多证合一的仅提供营业执照），（复印件，加盖投标人公章）。
 - B. 法定代表人资格证明书（附件6）、供应商法人代表授权书（附件7）；
 - C. 没有重大违法记录的声明（附件8）（参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明函，截止至开标日成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）；
 - D. 具有健全的财务会计制度、依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录的声明（附件9）；
 - E. 经国家金融监督管理总局批准，具有开展相关保险业务资格，并以其总公司或省级分公司（或同级机构）的名义投标和承保；以省级分公司名义参加投标的，应当取得总公司针对本项目的唯一授权书；
 - F. 经营保险业务许可证，本次招标不接受保险兼业代理、中介代理参与。
- (7) 供应商为中小企业时，提供中小企业声明函（附件10）；
- (8) 供应商为残疾人福利性单位时，提供《残疾人福利性单位声明函》（附件11）；
- (9) 供应商委托其依法设立的分支机构代表其参加本项目采购活动的，提供《委托书》（附件12）；
- (10) 偿付能力情况（格式自拟）；
- (11) 服务能力和服务团队（格式自拟）；
- (12) 理赔方案和保险措施（理赔方案、保险保障方案、内控措施）（格式自拟）；
- (13) 报价人认为需要提供的其它说明和资料。

七. 联系方式

名称：上海市金山区残疾人劳动服务所
地址：上海市金山区朱泾镇文商路 99 号
项目联系人：邱妙萍
联系方式：021-57338808

集中采购机构：上海市金山区政府采购中心
地址：上海市金山区金山大道 2000 号 8 号楼
项目联系人：蒋彦雯
联系方式：021-57921895

第二章 采购需求

一、项目概况及要求

1. 项目概况

2026 年为持有第二代《中华人民共和国残疾人证》，在《上海市残疾人联合会管理信息系统》中登记在册的、具有上海市金山区户籍的持证残疾人购买含人身意外、门急诊住院、大重病等内容的医疗保险。

2. 项目内容

2.1 投保人：上海市金山区残疾人劳动服务所

2.2 保险服务对象：具有金山区户籍，持有第二代《中华人民共和国残疾人证》，在《上海市残疾人联合会管理信息系统》中登记在册的 20564 位残疾人（投保人数以残联提供实际为准）。

2.3 保险内容及赔付标准一览表

(1) 60 岁（含）以下人员投保险种

保险责任	赔偿说明	保险金额
意外身故	按 100% 赔付	50000 元
意外伤残	按 40%-100% 赔付	
门急诊医疗	个人自负部分的 20%	1000 元/年/人
团体住院医疗	每次 500 元免赔, 按 70% 比例赔付	5000 元
疾病住院津贴	按照 40 元/天给付住院津贴保险金, 一次住院累计给付的天数不超过 30 天, 全年最高累计给付天数为 180 天。	40 元/天
意外住院津贴	按照 20 元/天给付住院津贴保险金, 全年最高累计给付天数为 180 天。	20 元/天
交通意外身故及残疾保障(仅限乘坐营运汽车意外伤害)	意外身故: 按 100% 赔付 意外伤残: 按 10%-100% 赔付	50000 元
交通意外伤害身故及伤残(乘坐轮船、火车意外伤害)	意外身故: 按 100% 赔付 意外伤残: 按 10%-100% 赔付	50000 元
交通意外伤害身故及伤残(乘坐飞机意外伤害)	意外身故: 按 100% 赔付 意外伤残: 按 10%-100% 赔付	300000 元

(2) 60 岁以上人员投保险种

保险责任	赔偿说明	保险金额
------	------	------

意外身故	按 100%赔付	30000 元
意外伤残	按 40%-100%赔付	
意外骨折、关节脱位	按 20%-100%赔	1000 元
团体住院医疗	每次 500 元免赔, 按 70%比例赔付	5000 元
疾病住院津贴	按照 40 元/天给付住院津贴保险金, 一次住院累计给付的天数不超过 30 天, 全年最高累计给付天数为 180 天。	40 元/天
意外住院津贴	按照 20 元/天给付住院津贴保险金, 全年最高累计给付天数为 180 天。	20 元/天
交通意外身故及残疾保障(仅限乘坐营运汽车意外伤害)	意外身故:按 100%赔付 意外伤残:按 10%-100%赔付	50000 元
交通意外伤害身故及伤残(乘坐轮船、火车意外伤害)	意外身故:按 100%赔付 意外伤残:按 10%-100%赔付	50000 元
交通意外伤害身故及伤残(乘坐飞机意外伤害)	意外身故:按 100%赔付 意外伤残:按 10%-100%赔付	300000 元

(3) 罕见病人员投保险种

保险责任	赔偿说明	保险金额
门急诊医疗	被保险人个人门急诊医疗费自负金额一年内累计超过 20001 元赔付限额 8000 元; 累计超过 10001-20000 元赔付限额 5000 元; 累计超过 5001-10000 元赔付限额 3000 元。	8000 元
住院医疗	被保险人个人住院医疗费自负金额一年内累计超过 20001 元赔付限额 8000 元; 累计超过 10001-20000 元赔付限额 5000 元; 累计超过 5001-10000 元赔付限额 3000 元。	8000 元

注:“罕见病”是指渐冻症、进行性肌营养不良、血友病。

(4) 大重病人员投保险种

保险责任	赔付说明	保险金额
门诊医疗	被保险人因四种大重病所产生的门诊医疗费用, 在已按社会医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿后, 个人自负部分(包含自负、分类自负部分)承担超过 2000 元(含), 按照 35%比例赔付。	2000 元
住院医疗	被保险人因四种大重病所产生的住院医疗费用, 在已按社会医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿后, 个人自负部分(包含自负、分类自负部分)承担超过 3000 元(含)——10000 元, 按照 35%比例赔付, 超过 10001 元, 按照 50%比例赔付。	10000 元
住院津贴	被保险人因四种大重病住院治疗的, 按照 40 元/天给付住院津贴保险金, 一次住院累计给付的天数不超过 30 天, 全年最高累计给付天数为	40 元/天

	180 天。	
疾病身故	被保险人因四种大重病身故的，一次性赔付。	1000 元
重大疾病	被保险人被确诊为初次发生重大疾病（45 种），一次性赔付。	4000 元

注：“四种大重病”是指恶性肿瘤、白血病、终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》）。

2.4 服务期限：2026 年 8 月 1 日至 2027 年 5 月 31 日。

3. 投标报价要求

3.1 60 岁（含）以下人员、60 岁以上人员、罕见病人员三大投保险种，每人每月投保金额不超过 18.58 元。

3.2 大重病人员投保险种，每人每月投保金额不超过 4.58 元。

4. 付款方式

按实际参保人数分两期支付：第一期于保险协议签订后三十个工作日内支付 60% 保费；第二期于 2027 年 2 月 28 日前结清剩余全部保费。

5. 服务要求

5.1 面向残联、金山区各街镇工作人员开展保险保障内容及保险服务细则的培训工作。

5.2 编制针对本项目的服务实施计划，包括但不限于：保险方案及条款、理赔流程、细则说明、响应时效、对本项目的认识、服务方案及具体实施、管理举措及项目服务成员情况、承保及偿付能力说明等，递交招标人审定后实施。

5.3 在金山区各街镇设立专属的 11 个保险服务网点，并配备常驻服务人员。每个网点每月一次驻点服务，同时需为被保险人开通残疾人专用绿色通道。组建专项服务项目组，明确理赔程序及联系方式。被保险人出险后，服务组人员负责现场查勘、材料搜集等理赔服务工作。一旦出现服务组人员调岗、离职的情况，及时告知采购方最新接替人的联系方式。

5.4 设立 365 天*24 小时报案电话，提供理赔服务专线，专线全年 365 天保证接听畅通，接听专员要求能在接通的第一时间回复被保险人的咨询内容，包括保险保障方案说明、认可医院范围、理赔申请材料、理赔进度查询及对理赔金额的解释。

5.5 保单年度内，每月需上门向各街镇收取保险资料，每季度向采购方提供理赔数据及理赔清单。

6. 其他事项

6.1 本次保险涉及罕见病渐冻症、进行性肌营养不良、血友病，保险公司按协议给予赔付。

6.2 发生上述保险范围内的意外伤害时，如受害被保险人自行投保商业保险的，不受其影响，保险公司仍按照合同规定金额，依法承担相应的赔偿金。

6.3 保险公司应对各险种理赔时限要求作出明确承诺，并采取切实有效措施提供优良的

理赔服务，保证按时完成相应理赔工作。

第三章 合同条款及格式

包 1 合同模板：

2026年度金山区“残疾人医疗保险”项目
合 同 书

合同统一编号： [合同中心-合同编码]

甲方： [合同中心-采购单位名称]

乙方： [合同中心-供应商名称]

根据《中华人民共和国民法典》和《中华人民共和国保险法》以及其他相关法律、法规的有关规定，甲乙双方在平等互利的基础上，经友好协商，就甲方向乙方投保意外保险事宜，达成如下协议。

第一条 保险服务对象

具有金山区户籍，持有第二代《中华人民共和国残疾人证》，在《上海市残疾人联合会管理信息系统》中登记在册的20564位残疾人。

第二条 项目内容

1. 投保人：上海市金山区残疾人劳动服务所
2. 保险服务对象：具有金山区户籍，持有第二代《中华人民共和国残疾人证》，在《上海市残疾人联合会管理信息系统》中登记在册的20564位残疾人（投保人数以残联提供实际为准）。
3. 保险内容及赔付标准一览表

(1) 60 岁（含）以下人员投保险种

保险责任	赔偿说明	保险金额
意外身故	按 100%赔付	50000 元
意外伤残	按 40%-100%赔付	
门急诊医疗	个人自负部分的 20%	1000 元/年/人
团体住院医疗	每次 500 元免赔, 按 70%比例赔付	5000 元
疾病住院津贴	按照 40 元/天给付住院津贴保险金，一次住院累计给付的天数不超过 30 天，全年最高累计给付天数为 180 天。	40 元/天
意外住院津贴	按照 20 元/天给付住院津贴保险金，全年最高累计给付天数为 180 天。	20 元/天
交通意外身故及残疾保障(仅限乘坐营运汽车意外伤害)	意外身故: 按 100%赔付 意外伤残: 按 10%-100%赔付	50000 元
交通意外伤害身故及伤残(乘	意外身故: 按 100%赔付	50000 元

坐轮船、火车意外伤害)	意外伤残:按 10%-100%赔付	
交通意外伤害身故及伤残(乘坐飞机意外伤害)	意外身故:按 100%赔付 意外伤残:按 10%-100%赔付	300000 元

(2) 60 岁以上人员投保险种

保险责任	赔偿说明	保险金额
意外身故	按 100%赔付	30000 元
意外伤残	按 40%-100%赔付	
意外骨折、关节脱位	按 20%-100%赔	1000 元
团体住院医疗	每次 500 元免赔,按 70%比例赔付	5000 元
疾病住院津贴	按照 40 元/天给付住院津贴保险金,一次住院累计给付的天数不超过 30 天,全年最高累计给付天数为 180 天。	40 元/天
意外住院津贴	按照 20 元/天给付住院津贴保险金,全年最高累计给付天数为 180 天。	20 元/天
交通意外身故及残疾保障(仅限乘坐营运汽车意外伤害)	意外身故:按 100%赔付 意外伤残:按 10%-100%赔付	50000 元
交通意外伤害身故及伤残(乘坐轮船、火车意外伤害)	意外身故:按 100%赔付 意外伤残:按 10%-100%赔付	50000 元
交通意外伤害身故及伤残(乘坐飞机意外伤害)	意外身故:按 100%赔付 意外伤残:按 10%-100%赔付	300000 元

(3) 罕见病人员投保险种

保险责任	赔偿说明	保险金额
门急诊医疗	被保险人个人门急诊医疗费自负金额一年内累计超过 20001 元赔付限额 8000 元;累计超过 10001-20000 元赔付限额 5000 元;累计超过 5001-10000 元赔付限额 3000 元。	8000 元
住院医疗	被保险人个人住院医疗费自负金额一年内累计超过 20001 元赔付限额 8000 元;累计超过 10001-20000 元赔付限额 5000 元;累计超过 5001-10000 元赔付限额 3000 元。	8000 元

注:“罕见病”是指渐冻症、进行性肌营养不良、血友病。

(4) 大重病人员投保险种

保险责任	赔付说明	保险金额
门诊医疗	被保险人因四种大重病所产生的门诊医疗费用,在已按社会医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿后,个人自负部分(包含自负、分类自负部分)承担超过 2000 元(含),按照 35%比例赔付。	2000 元

住院医疗	被保险人因四种大重病所产生的住院医疗费用，在已按社会医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿后，个人自负部分（包含自负、分类自负部分）承担超过 3000 元（含）—10000 元，按照 35% 比例赔付，超过 10001 元，按照 50%比例赔付。	10000 元
住院津贴	被保险人因四种大重病住院治疗的，按照 40 元/天给付住院津贴保险金，一次住院累计给付的天数不超过 30 天，全年最高累计给付天数为 180 天。	40 元/天
疾病身故	被保险人因四种大重病身故的，一次性赔付。	1000 元
重大疾病	被保险人被确诊为初次发生重大疾病（45 种），一次性赔付。	4000 元

注：“四种大重病”是指恶性肿瘤、白血病、终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）、精神和行为障碍(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)》)。

4. 服务期限：2026年8月1日至2027年5月31日。

5. 保费：60岁（含）以下人员、60岁以上人员、罕见病人员三大投保险种，每人每月投保金额不超过18.58元。大重病人员投保险种，每人每月投保金额不超过4.58元。

第三条 服务要求

1. 面向残联、金山区各街镇工作人员开展保险保障内容及保险服务细则的培训工作。
2. 编制针对本项目的服务实施计划，包括但不限于：保险方案及条款、理赔流程、细则说明、响应时效、对本项目的认识、服务方案及具体实施、管理举措及项目服务成员情况、承保及偿付能力说明等，递交招标人审定后实施。
3. 在金山区各街镇设立专属的11个保险服务网点，并配备常驻服务人员。每个网点每月一次驻点服务，同时需为被保险人开通残疾人专用绿色通道。组建专项服务项目组，明确理赔程序及联系方式。被保险人出险后，服务组人员负责现场查勘、材料搜集等理赔服务工作。一旦出现服务组人员调岗、离职的情况，及时告知采购方最新接替人的联系方式。
4. 设立365天*24小时报案电话，提供理赔服务专线，专线全年365天保证接听畅通，接听专员要求能在接通的第一时间回复被保险人的咨询内容，包括保险保障方案说明、认可医院范围、理赔申请材料、理赔进度查询及对理赔金额的解释。
5. 保单年度内，每月需上门向各街镇收取保险资料，每季度向采购方提供理赔数据及理赔清单。

第四条 其他事项

1. 本次保险涉及罕见病渐冻症、进行性肌营养不良、血友病，保险公司按协议给予赔付。
2. 发生上述保险范围内的意外伤害时，如受害被保险人自行投保商业保险的，不受其影响，保险公司仍按照合同规定金额，依法承担相应的赔偿金。
3. 保险公司应对各险种理赔时限要求作出明确承诺，并采取切实有效措施提供优良的理赔服务，保证按时完成相应理赔工作。

第五条 保险期间

1. 服务期限：[合同中心-合同有效期]

第六条 合同价款

合同价款为人民币：[合同中心-合同总价]元（大写：[合同中心-合同总价大写]）

每位被保险人的保费为：60岁(含)以下人员、60岁以上人员、罕见病人员____元/人/月；大重病人员____元/人/月。

第七条 付款方法

按实际参保人数分两期支付：第一期于保险协议签订后三十个工作日内支付 60%保费；第二期于 2027 年 2 月 28 日前结清剩余全部保费。

第八条 合同生效与终止

1. 本合同自双方签字盖章之日起生效，到期后本合同终止。

甲方：[合同中心-采购单位名称_1]

地址：[合同中心-采购单位所在地]

代表人：[合同中心-采购单位联系人]

日期：[合同中心-签订时间]

乙方：[合同中心-供应商名称_1]

地址：[合同中心-供应商所在地]

代表人：[合同中心-供应商法人姓名]

性别：[合同中心-供应商法人性别_1]

日期：[合同中心-签订时间_1]

附件：保险条款

第四章 投标文件格式

一. 投标函格式

致：_____（招标人名称）

根据贵方_____（项目名称、招标编号）招标的招标公告及投标邀请，_____（姓名和职务）被正式授权代表投标人（投标人名称、地址），向贵方提交投标文件正本 1 份，副本 2 份。

据此函，投标人兹宣布同意如下：

1. 按招标文件规定，我方的投标总价为_____（大写）元人民币。
2. 我方已详细研究了全部招标文件，包括招标文件的澄清和修改文件（如果有的话）、参考资料及有关附件，我们已完全理解并接受招标文件的各项规定和要求，对招标文件的合理性、合法性不再有异议。
3. 投标有效期为自开标之日起 _____ 日。
4. 如我方中标，投标文件将作为本项目合同的组成部分，直至合同履行完毕止均保持有效，我方将按招标文件及政府招标法律、法规的规定，承担完成合同的全部责任和义务。
5. 如果我方有招标文件规定的不予退还投标保证金的任何行为，我方的投标保证金可被贵方没收。
6. 我方同意向贵方提供贵方可能进一步要求的与本投标有关的一切证据或资料。
7. 我方完全理解贵方不一定要接受最低报价的投标或其他任何投标。
8. 为便于贵方公正、择优地确定中标人及其投标货物和相关服务，我方就本次投标有关事项郑重声明如下：
 - (1) 我方向贵方提交的所有投标文件、资料都是准确的和真实的。
 - (2) 我方不是招标人的附属机构。
 - (3) 我方近期有关该型号货物的生产、供货、售后服务以及性能等方面的重大决策和事项：_____
 - (4) 我方最近三年内因违法行为被通报或者被处罚的情况：
 - (5) 以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

投标人确认的通信地址为：

地址：_____

电话、传真：_____

邮政编码：_____

开户银行：_____

账号：_____

投标人授权代表签名：_____

投标人名称（公章）：_____

日期：_____年_____月_____日

二. 资格条件及实质性要求响应表

序号	资格条件、实质性要求	要求	投标是否存在此种情况	详细内容所在投标文件页次	备注
1	法定基本条件	符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件： 1、营业执照（或事业单位、社会团体法人证书）、税务登记证（若为多证合一的仅提供营业执照）。 2、具有健全的财务会计制度、依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录的声明。 3、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声明。 4、未被列入“信用中国”网站（ www.creditchina.gov.cn ）失信被执行人名单、重大税收违法案件当事人名单和中国政府采购网（ www.ccgp.gov.cn ）政府采购严重违法失信行为记录名单的供应商。			
2	供应商资质	1、经国家金融监督管理总局批准，具有开展相关保险业务资格，并以其总公司或省级分公司（或同级机构）的名义投标和承保；以省级分公司名义参加投标的，应当取得总公司针对本项目的唯一授权书。 2、经营保险业务许可证，本次招标不接受保险兼业代理、中介代理参与。			
3	投标文件签字盖章要求	盖章页：第六章“投标文件格式”中《投标函》、《开标一览表》、《法定代表人授权委托书》、《资格条件及实质性要求响应表》标明签字和盖章的。 盖章和签字要求：投标人单位公章和法定代表人章（或签字）或其委托代理人章（或签字）。			
4	服务期限	2026年8月1日至2027年5月31日。			
5	付款方式	按实际参保人数分两期支付：第一期于保险协议签订后三十个工作日内支付60%保费；第二期于2027年2月28日前结清剩余全部保费。			
6	投标报价	不得进行选择性报价（投标报价应是唯一的）；不得进行可变的或者附有条件的投标报价；投标报价不得超出招标文件标明的最高限价金额，不得低于成本报价。			
7	合同转让与分包	合同不得转让与分包。			
8	联合体投标	本项目 不允许 联合体投标。			

投标人授权代表签字： _____

投标人（公章）： _____

日期： _____年_____月_____日

三. 开标一览表格式

2026 年度金山区“残疾人医疗保险”项目包 1

项目名称	三大投 保 险 种 单 价（元/ 人/月）	大重病人员 投 保 险 种 单 价（元 / 人 / 月）	服务期限	投标总价（大 写）	最终报价(总 价、元)

- 说明：（1）所有价格均用人民币表示，单位为元，精确到个数位。
- （2）投标人应按照《采购需求》和《投标人须知》的要求报价。
- （3）开标一览表内容与投标文件其他部分内容不一致时以开标一览表内容为准

投标人授权代表签字：_____

投标人（公章）：_____

日期：_____年_____月_____日。

四. 报价明细表格式

报价明细表

项目名称：

单位：元

序号	费用项目名称	费用	备注
1			
2			
3			
4			
5			
...			
费用合计			

说明：（1）所有价格均系用人民币表示，单位为元，精确到个位数。

（2）投标人应按照《采购需求》的要求报价。

（3）分项目明细报价合价应与开标一览表报价相等。

投标人授权代表签字：_____

投标人（公章）：_____

日期：_____年_____月_____日

五. 投标人基本情况表

项目名称:

投标人名称				邮政编码		
注册地址				公司类型		
法定代表人	姓名		联系电话			
本项目联系人	姓名		联系电话		职务	
投标人基本情况						
成立时间						
营业执照号						
注册资金						
经营范围						
企业资质及等级 (若有)						
投标人特长及在 本项目的自身优势						

附:

- 1、营业执照（或事业单位、社会团体法人证书）、税务登记证（若为多证合一的仅需提供营业执照），（复印件，加盖投标人公章）。
- 2、具有健全的财务会计制度、依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录的声明。
- 3、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的书面声明函，截止至开标日成立不足 3 年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明。

投标人授权代表签字: _____

投标人（公章）: _____

日期: _____年____月_____

六. 法定代表人资格证明书

法定代表人资格证明书

致 （采购人）_____：

兹证明_____（姓名），性别_____年龄_____身份证号码_____，现任我单位_____职务，系本公司法定代表人（负责人）。

附：法定代表人性别：

身份证号码：

公司注册号码：

单位类型：

经营范围：

投标人名称：（盖章）

日期： 年 月 日

法定代表人（身份证扫描件，正反面）

七. 法人授权委托书

法人授权委托书

致：_____

本授权委托书声明：

我 _____（姓名）系注册于 _____（投标人注册地）
_____（投标人）的法定代表人，现授权委托 _____（姓名）为我公
司代表，以本公司的名义参加 _____ 项目的投标活动。被授权人在本项目投标、
开标、评标及合同谈判和签约过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司
及我本人均予以承认。

代理人无转委托权，特此委托。

本授权委托书在签署日至本合同签署之日期间始终保持有效。

附：被授权人身份证复印件。

投标人：_____（公章）

法定代表人：_____（签字）

被授权人身份证复印件粘贴处：

被授权人：_____（签字）

签署日期：_____年___月___日

八. 没有重大违法记录的声明

没有重大违法记录的声明

我方在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。
特此声明。

我方对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

供应商名称（公章）：

日期：

九. 财务状况及税收、社会保障资金缴纳情况的声明

财务状况及税收、社会保障资金 缴纳情况声明函

我方（供应商名称）符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款第（二）项、第（四）项规定条件，具体包括：

1. 具有健全的财务会计制度；
2. 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

特此声明。

我方对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

供应商名称：（公章）

日期：

十. 中小企业声明函

中小企业声明函（工程、服务）

本公司（联合体）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（联合体）参加_____（单位名称）的_____（项目名称）采购活动，工程的施工单位全部为符合政策要求的中小企业（或者：服务全部由符合政策要求的中小企业承接）。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. _____（标的名称），属于 其他未列明行业；承建（承接）企业为（企业名称），从业人员_____人，营业收入为_____万元，资产总额为_____万元，属于_____（中型企业、小型企业、微型企业）；

2. _____（标的名称），属于_____；承建（承接）企业为_____（企业名称），从业人员_____人，营业收入为_____万元，资产总额为_____万元，属于_____（中型企业、小型企业、微型企业）；

……

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：

说明：（1）本声明函所称中小企业，是指在中华人民共和国境内依法设立，依据国务院批准的中小企业划分标准确定的中型企业、小型企业和微型企业，但与大企业的负责人为同一人，或者与大企业存在直接控股、管理关系的除外。符合中小企业划分标准的个体工商户，在政府采购活动中视同中小企业。事业单位、团体组织等非企业性质的政府采购供应商，不属于中小企业划型标准确定的中小企业，不得按《关于印发中小企业划型标准规定的通知》规定声明为中小微企业，也不适用《政府采购促进中小企业发展管理办法》。

（2）本声明函所称服务由中小企业承接，是指提供服务的人员为中小企业依照《中华人民共和国劳动合同法》订立劳动合同的从业人员，否则不享受中小企业扶持政策。

（3）采购项目涉及多个采购标的（主要采购标的，不包括配件、辅料等）且由不同供应商承接的，应当逐一填报每个采购标的的承接供应商信息。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。分支机构受委托或被授权参加本项目采购活动的，应当按照设立该分支机构的企业数据进行填报，仅填报分支机构数据

的声明函将不被认可。

（4）采购标的对应的中小企业划分标准所属行业，以招标文件第一章《投标邀请书》规定为准。

（5）中标人享受中小企业扶持政策的，其在投标客户端中“中小企业声明函”一栏上传的文件将自动随中标结果同时公告。供应商请勿在投标客户端“中小企业声明函”一栏上传投标文件其他内容，否则因自动公告该栏文件导致中标人商业秘密等信息泄露的，招标人不承担任何责任。（实际以采购云平台最新的操作程序为准）

（6）供应商在投标客户端“中小企业声明函”一栏与投标文件中，多处上传本声明函的，以投标客户端“中小企业声明函”一栏上传的作为认定依据。

注：行业划型标准：

其他未列明行业。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。

十一. 残疾人福利性单位声明函

残疾人福利性单位声明函

本单位郑重声明，根据《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》（财库〔2017〕141 号）的规定，本单位安置残疾人____人，占本单位在职职工人数比例____%，符合残疾人福利性单位条件，且本单位参加_____单位的_____项目采购活动提供本单位制造的货物（由本单位承担工程/提供服务），或者提供其他残疾人福利性单位制造的货物（不包括使用非残疾人福利性单位注册商标的货物）。

本单位对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

单位名称（盖章）：

日 期：

说明：根据《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》享受政府采购支持政策的残疾人福利性单位应当同时满足以下条件：

- （1）安置的残疾人占本单位在职职工人数的比例不低于 25%（含 25%），并且安置的残疾人人数不少于 10 人（含 10 人）；
- （2）依法与安置的每位残疾人签订了一年以上（含一年）的劳动合同或服务协议；
- （3）为安置的每位残疾人按月足额缴纳了基本养老保险、基本医疗保险、失业保险、工伤保险和生育保险等社会保险费；
- （4）通过银行等金融机构向安置的每位残疾人，按月支付了不低于单位所在区县适用的经省级人民政府批准的月最低工资标准的工资；
- （5）提供本单位制造的货物、承担的工程或者服务（以下简称产品），或者提供其他残疾人福利性单位制造的货物（不包括使用非残疾人福利性单位注册商标的货物）。

中标人享受残疾人福利性单位支持政策的，本声明函将随中标结果同时公告。

如投标人不符合残疾人福利性单位条件，无需填写本声明。

十二. 委托书

委托书

致：上海市金山区政府采购中心

（分支机构名称）系我单位依法设立的分支机构，现我单位委托（分支机构名称）作为我单位唯一的受托人，以我单位的名义参加贵中心（项目名称及编号）项目的投标活动，并代表我单位全权办理针对上述项目的投标、开标、投标文件澄清、签约等一切具体事务和签署相关文件。

我单位对（分支机构名称）的签章事项及投标活动负全部责任。

在贵中心收到我单位撤销本委托书面通知以前，本委托书一直有效。受托人在本委托书有效期内签署的所有文件不因委托的撤销而失效。

受托人无转委托权，特此委托。

委托人（公章）：

受托人（公章）：

地址：

地址：

邮政编码：

邮政编码：

电话：

电话：

传真：

传真：

日期： 年 月 日

十三. 项目可投入服务的主要工作人员资历表及资格证明文件格式

项目可投入服务的主要工作人员资历表及资格证明文件

(可根据实际情况对下述表格作适当变更、补充)

拟派出的项目负责人情况

姓名		出生年月		文化程度		毕业时间	
毕业院校和专业			从事项目工作年限			联系方式	
执业资格			技术职称			聘任时间	
主要工作经历							
时间	参加过的类似项目		担任职务		联系电话	合同价格	
主要管理服务项目：							
主要工作特点：							
主要工作成绩：							
胜任本项目负责人的理由：							
本项目负责人管理思路和工作安排：							

可投入服务的工作人员资历表

序号	姓名	性别	年龄	拟在本项目中职务	学历专业	执业资格和职称	类似业绩经验

投标人授权代表签字：_____

投标人（公章）：_____

日期：_____年_____月_____日

十四. 无疑问回复函格式

无疑问回复函

_____（采购单位）：

_____（采购代理机构）：

在仔细阅读了贵单位关于“_____”（项目名称）的采购文件、等其他资料后：

我公司确认对本项目采购文件、评标办法、技术规格及要求等其他资料所述条款及内容无疑义；

我公司确认采购文件显示的信息的准确性、完整性和有效性。

投标人名称（盖章）：

出具日期： 年 月 日

说明：请各投标人仔细阅读招标文件及其他资料，如无疑义，请将本确认函加盖投标人公章，在递交纸质投标文件的同时递交。