**招 标 文 件**

 项目编号：RLZY-001

 项目名称：护理员管理服务

招标人：南京鼓楼医院集团仪征医院

 2024年8月

**第一部分 招 标 公 告**

一、招标项目主要内容：

1.南京鼓楼医院集团仪征医院护理员管理服务（资料详见招标项目要求）

2.合同履行期限：本项目服务期。

3.项目需求：三年（自合同签订之日起计），合同首签一年，合同履行期间合作良好，经考核合格后签下一年度合同。

4.招标文件领取地点、时间：机关三楼人力资源部办公室，2024年8月1日至2024年8月8日（工作时间内）。

二、申请人的资格要求：

1.提供下列材料：

1.1 法人或者其他组织的营业执照等证明文件，自然人的身份证明

1.2 依法缴纳职工社会保障资金的证明材料**(税务、银行或社会保险基金管理部门出具的近三个月内任意一个月缴纳职工社会保障资金的缴款凭证或缴款证明)（投标人依法享受缓缴、免缴的提供证明材料）**

1.3 投标人近三个月内任意一份依法纳税的缴款凭证**（投标人依法享受缓缴、免缴的提供证明材料）**

1.4 上一年度的财务报告情况（**成立不满一年不需提供）**

1.5 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料

 三、投标事宜：

（一）、报名时间、地点：2024年8月1日至2024年8月8日，机关三楼人力资源部办公室

（二）、开标日之前的投标文件请投到南京鼓楼医院集团仪征医院人力资源部。

（三）、开标日当天的投标文件请直接投到开标会场。

（四）、投标截止时间：2024年8月13日上午08:30，逾期收到或不符合规定的投标文件视作废标。

（五、开标时间、地点：2024年8月13日上午08:30（如时间改变将另行通知），于南京鼓楼医院集团仪征医院机关楼三楼会议室。

（六）、凡对本次招标提出询问，请在2024年8月8日前与南京鼓楼医院集团仪征医院人力资源部联系。

（七）、投标保证金：人民币：壹万元整。投标保证金递交时间：2024年8月12日下午5:00前。

联系地址：南京鼓楼医院集团仪征医院人力资源部

 邮 编：211900（江苏省仪征市仪化生活区环南路1号）

 电 话： 0514-83211419 18952706560

邮箱：yzyyrsk2022@126.com

 联 系 人：钱岚

二○二四年八月一日

**第二部分 投 标 须 知**

一、合格的投标方：

 本次为公开招标，凡具备本项目资格要求，能够及时提供相关服务的供应商均可参加投标。投标方应遵守有关的中国法律和规章条例并自行承担所有与参加投标有关的全部费用。

1. 投标总报价包括但不限于人员工资、法定的社会保险、医疗保险、住房公积金、管理费、税费、员工福利、加班费（法定节假日加班费,不含特殊加班费）等 。按人民币报价。

三、投标文件应有中文书写，一式叁份（正本一份、副本两份）、电子版投标文件一份(一般应为U盘形式、随纸质正本文件一并提交)。当电子版文件和纸质正本文件不一致时，以纸质正本文件为准。电子版文件用于辅助评标和平台存文件，供应商需承担前述不一致造成的不利后果。每份投标文件须清楚标明“正本”或“副本”字样。一旦正本和副本不符，以正本为准。

正本一份、副本二份并经授权代表签署，开标一览表单独分装后贴于正本分装袋外侧，密封盖章投标；文件正本中除营业执照副本，自然人身份证可提交复印件外，其他均须提交原件。投标方提交的文件将给予保密，但不退还。

四、投标文件的澄清：

评委会认为有必要，可要求投标人对某些问题作出书面答复。书面答复须由投标人受权代表签署，并且作为投标文件的补充，参与评标。

五、投标方同意提供按照我方可能要求的与其投标有关的一切数据或资料。

六、投标保证金

 6.1 投标保证金采用电汇、汇票、转账支票等转账方式提交。开户行、账号：

南京鼓楼医院集团仪征医院有限公司 开户行：建设银行仪征化纤支行

账 号：32001747038052502112

 6.2 未按规定提交投标保证金的投标，将被视为无效投标。

 6.3 未中标的投标人的投标保证金，将在定标后的5个工作日内予以退回(无息)。

 6.4 中标的投标人的投标保证金，在合同签订后，即转为履约保证金，待派遣人员到达工作岗位后5个工作日内退回。

 6.5 投标人在中标后未按招标文件规定与招标人签订劳务派遣合同时，投标人的投标保证金将被招标人扣缴。

七、对未中标者招标方不具有作出解释的义务。

**第三部分 招 标 项 目 要 求**

**一、人员数量要求**

护理员数量要求：护理员人数根据收入住老人人数而确定，暂定24人

**二、护理员工作要求**

1. 中标人拟派服务人员的要求：
2. 拥有真实合法的身份证明，丰富的专业工作经验，良好的道德品质，积极的服务态度，具有爱岗敬业精神。
3. 统一着装，统一佩带证件，服装整齐干净。
4. 身体健康、品相端正，无违法犯罪记录。
5. 年龄：女60岁以下；男65岁以下；小学以上文化、户籍不限、会讲普通话。
6. 所有护理员必须持健康证、养老护理员证上岗，健康证和养老护理员证上交医院老年康复中心备查。
7. 所有护理员必须经岗前培训合格后方可上岗。
8. 积极参与老年康复中心组织的业务学习、操作考核和岗位练兵。
9. 工作时长12小时制，两班倒。
10. 护理员服务管理要求
11. 在中心主任领导和护士指导下工作。
12. 承担老人生活护理工作。
13. 为生活不能自理的老人饭前洗手、进食、起床活动、翻身拍背、清洁及协助大小便等。
14. 为老人更换、整理床单元。
15. 随时整理房间环境，协助老人合理放置物品。
16. 房间定时开窗通风，保证空气新鲜。
17. 管理要求及标准
18. 对护理员仪容仪表及卫生要求
19. 着装：员工上岗时均应按规定统一穿工服。
20. 发式：发式整洁，长发要求梳起。
21. 上岗时可化淡妆，不戴首饰。
22. 上岗期间穿软底静音鞋，禁止穿拖鞋、高跟鞋。
23. 员工上岗时服装鞋帽干净、整齐。
24. 无长指甲并且保持清洁。
25. 头发身体清洁无异味。
26. 对护理员劳动纪律要求
27. 自觉遵守劳动纪律，工作期间不擅离岗位。
28. 遵守医院及老年康复中心的各项规章制度，服从医护人员的管理。
29. 严禁在工作期间长时间接打私人电话、玩游戏等行为。
30. 严禁工作期间串房间。
31. 禁止工作区域内会客、扎堆聊天、嬉笑、打闹、大声喧哗。
32. 禁止工作期间干私活和做与工作无关的事情。
33. 严禁携带私人物品进入房间。
34. 禁止在非吸烟区吸烟。
35. 护理员工作标准
36. 工作主动热情，服务周到，态度和蔼，语言文明，服从主任工作安排。
37. 认真做好每日常规工作和重点工作，保证一般老人生活护理到位。
38. 定时巡视房间，保证老人生活需求，保持房间整洁、安静。
39. 照顾老人及操作前后要洗手，垃圾分类正确，防止交叉感染。
40. 不收受老人钱物，不利用工作之便谋取私利，对待老人一视同仁。
41. 未经允许，不得擅自拿取(翻阅)老人病历、医疗(护理)文件。
42. 禁止向老人、家属或他人议论中心医生、护士的医疗与护理活动。
43. 不与老人或家属谈论老人的病情，工作中注意保护老人隐私，同时不能在中心区域外谈论老人病情。
44. 老人如有疑问，及时与中心护士沟通，不得以任何理由与老人及家属发生争吵。
45. 做好本职工作，严禁超越职责范围。
46. 质量管理
47. 成交商项目主管对自己所负责的区域进行每日巡查，发现问题随时与中心主任联系解决。
48. 项目主管定期与中心主任联系，沟通员工管理工作。
49. 每季度向中心发放《满意度调查问卷》，结果及时反馈。
50. 成交商有完善规范的内部培训体系、培训计划及专职培训人员，每年定期组织对不同岗位人员进行培训、有培训及考核记录。有对不同岗位员工岗前培训、日常培训及考核的记录。
51. 有与医院老年康复中心配合相关培训记录。
52. 礼貌用语
53. 当咨询人咨询时应主动问好：您好，请问您咨询什么问题？
54. 当咨询人咨询方位时：请您\*\*走，请您慢走！
55. 回答完咨询人问题后，应询问咨询人是否听清：您听明白了吗？需要我再为您重复一遍吗？
56. 遇到咨询人急躁、着急时，应耐心解答：请您不要着急，请您慢一点说！
57. 当咨询人表示感谢时：不必客气，这是我应该做的。
58. 遇到老、弱、病、残时，应给予必要的搀扶。
59. 遇到需要引导的老人时，应主动上前，耐心进行方位介绍，必要时将老人送到所在房间。
60. 如老人提出表扬时，应表示感谢，如：谢谢您的宝贵意见，我们会不断的改进工作。
61. 回答老人问题时，语言通俗易懂、简明扼要、态度端正、服务认真。
62. 如不能回答咨询人的问题，不要说“不知道”，耐心向老人指明到相关部位询问或解决，

如：对不起，请您到医生办公室咨询一下医生！

1. 称呼应使用尊称：如“爷爷”、“奶奶”、“叔叔”、“阿姨”、“先生”、“女士”等。

**三、报价及服务费结算要求**

1、本项目服务费由投标人自行测算投标报价，包括但不限于人员工资、法定的社会保险、医疗保险、住房公积金、管理费、税费、员工福利、加班费（法定节假日加班费,不含特殊加班费）等。

2、服务人员的待遇标准须符合国家及地方相关劳动法律法规的规定。如有服务内容变动，根据人数的变化，扣减（增加）相应的费用，人数变化应根据采购人实际需求，具体费用按实际使用人数结算。

3、报价时，服务人员工资低于当地最低工资标准、社会保险（养老、工伤、失业）、医疗保险（医疗、大病救助），未依法全员足额测算缴纳的作无效报价处理（如供应商拟投入服务人员中社会保险、医疗保险根据政策无需缴纳，需要提交有效的证明材料复印件加盖公章）

**第四部分 合 同 样 本**

以下为中标后签订本项目合同的通用条款，关于专用条款将由采购人与中标人结合本项目具体情况协商后签订。

**护理员管理服务项目**

委托方（甲方）：南京鼓楼医院集团仪征医院有限公司

地址：江苏省仪征市仪化生活区环南路1号

法定代表人或代理人：

受托方（乙方）：

地址：

法定代表人或代理人：

根据《中华人民共和国民法典》等有关法律、法规，甲、乙双方根据公平公正自愿原则就仪征医院护理员管理服务项目的招标采购结果，签署本合同。

一、委托管理服务期限：甲方委托乙方提供本合同项下服务的期限为 年，即自 年 月 日起至 年 月 日止。

二、委托管理服务范围及要求

仪征医院护理员管理服务项目，基本数量为 24 人，根据工作量的增减做动态调整，岗位分配由甲方指定。

 其中人员配置：XX岗位： 人；

三、甲方乙方的权利和义务

1.甲方的权利和义务

（1）审定乙方拟定的管理制度，检查监督乙方管理工作的实施、制度的执行和岗位职责的履行情况。甲方有权对乙方工作进行全面的督促检查、考核。

（2）审定乙方所聘用的工作人员，并提出建议和意见。甲方有权对不称职或不合格或超齡或不能胜任的派驻人员提出更换意见，乙方必须无条件予以配合。

（3） 甲方负责在合同约定的时间内完成付款。

（4）对达不到服务要求，给甲方造成损失或重大声誉影响的，甲方有权扣减服务费并要求乙方承担相应赔偿，同时可以提前终止合同。

2. 乙方的权利和义务

（1） 自觉遵守甲方的有关规章制度，并根据协议接受甲方的监督、检查和考核，对甲方提出的问题及时进行整改。

（2）乙方所聘用的工作人员，在接受甲方审查同意的前提下由乙方自主聘请并与之签定协议，乙方自主安排其分工。

（3）因本合同项下所聘用的人员如果与所聘用的人员如果发生工资福利、 各种保险、劳动关系、安全事故等方面的纠纷，给甲方造成经济损失及名誉损失，全部由乙方承担。

（4）乙方派项目负责人（项目经理）为 （姓名、身份证号码）。

（5）乙方派往甲方的人员必须服从甲、乙双方的双重管理。乙方派往甲方的人员在岗期间，要爱岗敬业，工作时必须按操作标准作业，不断提高工作质量。乙方派往甲方的人员在工作中发生严重失误，乙方在征得甲方的同意的情况下，予以辞退，该员工应无条件服从。

四、服务费总价及付款方式：

1.甲方需支付乙方年服务费人民币 万元（人均 元/人/月），该服务费包括了但不限于税费和工资、各项奖金、社会保险费、公积金、福利、津贴、国家节假日的双方约定岗位人员加班费、年休假工资、招聘及培训费；各岗位人员一年四季制服制作及清洗费等，甲方无需就乙方提供的服务支付任何其他费用。

2.乙方每月护理工作，经甲方管理部门考核后，根据实际人员使用情况核定的当月费用，在次月的 日前支付,节假日顺延。

注：付款时乙方须提供正规发票（因发票问题而导致无法正常付款的，责任由乙方自己承担）。

乙方账户名称：

开户行：

账号：

五、违约责任

（一）本合同有效期内，任何一方不得无故单方面解除或终止合同，否则均应承担违约责任。

（二）乙方如违反本合同约定的服务要求，或发生下列情形之一，即构成 乙方违约事件，甲方有权要求乙方限期整改或解决，逾期未完成整改的，甲方有权提前解除合同，乙方除需返还甲方已支付乙方的所有费用，还需承担甲方 因乙方违约所产生的所有费用（包含甲方在重新确定中标服务单位履行合同之前所产生的所有费用）。

1、乙方未能完全适当地履行其在本合同项下的责任或义务。

2、乙方发生被暂停/吊销相关资质证书、申请破产/解散、被责令停业整顿/关闭/解散、或被吊销营业执照/经营许可、被接管/合并/分立或停产/歇业等类似情形。

（三）在本合同执行期间，由于不可抗力如战争、地震、水灾、火灾等自然灾害（但不包括流行疾病等公共卫生事件）导致一方不能或延迟履行本合同， 但该方已及时书面通知另一方，提供当地权威机关签发的不可抗力证明，并努力采取措施补救的情况下，该方可免于承担违约责任。

六、考核制度

（一）考核内容及扣分标准：详见服务考核表

甲方按照上述标准对乙方的服务进行考核。

（二）本考核细则自签订合同之日起实施。

七、附则

（一）本合同正本一式陆份，甲方肆份，乙方贰份，经双方法定代表人签字并加盖公章后生效。

（二）本合同经甲、乙双方协商一致，可以进行变更、补充。补充合同是本合同不可分割的组成部分，与本合同具有同等的法律效力。

（三）一方因不可抗力不能继续履行本合同时，应及时通知对方，经双方协商可终止或解除合同。

（四）本合同的签订、效力、解释和履行均适用中华人民共和国法律。因执行本合同发生的争议，由当事人双方协商解决。协商不成，双方同意提交甲方所在地法院解决。

（五）本合同所有附件、采购文件、投标文件、中标通知书均为合同的有效组成部分，与本合同具有同等法律效力。（六）在执行本合同的过程中，所有经双方签署确认的文件（包括会议纪要、补充协议、往来信函）即成为本合同的有效组成部分。

（七）除甲方事先书面同意外，乙方不得部分或全部转让其应履行的合同项下的义务，否则甲方有权单方解除本协议。

（八）送达条款：确认本合同载明的双方地址为法院文书、公文等送达地址，若约定地址送达不到，视为送达。

|  |  |
| --- | --- |
| 委托方（甲方）： | 受托方（甲方）： |
| 法定代表人或 | 法定代表人或 |

授权委托人：（签字或盖章） 授权委托人：（签字或盖章）

电话： 电话：

地址： 地址：

年 月 日 年 月 日

**第五部分　 附件**

**投 标 函（格式）**

 致:南京鼓楼医院集团仪征医院

根据贵方\_ 项目招标（招标编号： ），签字代表 （全名、职务）正式授权并代表投标方\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标方名称），全权处理本次项目投标的有关事宜。提交下述文件正本一份及副本 份：

一、资格审查响应对照表

二、开标一览表

三、分项报价表

四、人员要求响应及偏离表

五、其他 （投标人认为有必要提供的声明和文件，如有自拟并自行添加）

据此函，签字代表宣布同意如下：

1.按招标文件规定的各项要求，向招标方提供所需服务

2.投标方将按招标文件的规定履行合同责任和义务。

 3.投标方已详细审查全部招标文件及其有效补充文件，包括全部参考资料和有关附件。我们完全理解并同意放弃对这方面有不明及误解的权利。

 4 其投标自开标日起有效期为90个日历日。

 5.如果在开标后规定的投标有效期内撤回投标或中标后拒绝签订合同，我们的投标保证金可被贵方没收。

 6. 投标方同意提供按照贵方可能要求的与其投标有关的一切数据或资料，并保证我方已提供和将要提供的文件是真实的、准确的。完全理解贵方不一定要接受最低价的投标或收到的任何投标。

7. 与本投标有关的一切正式往来通讯请寄：

 地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 邮 编：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 传 真：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 投标方代表姓名、职务(印刷体)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 投标方名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 （公　章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日 期：2024年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

全权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

一、资格审查响应对照表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资格审查响应内容** | **是否响应****（填是或者否）** |
| **通用资格条件** |
| 1 | 法人或者其他组织的营业执照等证明文件，自然人的身份证明（身份证为正、反面） |  |
| 2 | 依法缴纳职工社会保障资金的证明材料**(税务、银行或社会保险基金管理部门出具的近三个月内任意一个月缴纳职工社会保障资金的缴款凭证或缴款证明)** |  |
| 3 | 投标人近三个月内任意一份依法纳税的缴款凭证 |  |
| 4 | 上一年度的财务报告情况**（成立不满一年不需提供）** |  |
| 5 | 具备履行合同所必需的专业技术能力的证明材料 |  |
| **其他资格条件** |
| 10 | 法人授权书 |  |

**具备履行合同所必需的专业技术能力的书面声明**

我单位郑重声明：我单位具备履行本项劳务派遣合同所必需的专业技术能力，为履行本项合同我公司具备如下主要专业技术能力：

主要专业技术能力有： 。

**法人授权书**

本授权书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标人名称）授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（被授权人的姓名）为我方就（项目编号）号（项目名称）项目采购活动的合法代理人，以本公司名义全权处理一切与该项目采购有关的事务。

本授权书于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起生效，特此声明。

被授权人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话（手机）：

 单位名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

授权单位盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位地址：

日期：

被授权人身份证复印件

**二、开标一览表**

供应商全称（盖章）：

项目名称：

项目编号：

|  |  |
| --- | --- |
|  投标服务名称 |  投标报价（总价） |
|  | 大写： 小写： （人民币：元/年 ） |

 日期： 年 月 日

**三、分项报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目构成 | 人数 | 单价（元/人/月） | 月支出（元） | 年支出（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |

供应商全称（盖章）：

日 期： 年 月 日

**备注：**

**1、所有报价（含各分项报价）必须符合国家法律法规及本次招标文件要求。**

**2、如供应商社会保险、医疗保险报价时需要让利的，需要提交有效的证明材料复印件随分项报价表一并提交。**

四、人员要求响应及偏离表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招标要求 | 投标响应 | 超出、符合或偏离 | 证明材料 |
|  | 中标人拟派服务人员的要求 |  |  |  |
|  | 护理员服务管理要求 |  |  |  |
|  | 管理要求及标准 |  |  |  |
|  | 礼貌用语要求 |  |  |  |
|  | 报价及服务费结算要求 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |