

锦州医科大学附属第三医院 院内分散采购

项目名称：锦州医科大学附属第三医院
第三方模拟医保飞检项目

项目编号：JZYKDXFSDSYFSCG20250813

采购部门：医疗保险与物价管理部

锦州医科大学附属第三医院第三方模拟医保飞检项目 院内分散采购公告

项目概况

[\(锦州医科大学附属第三医院第三方模拟医保飞检项目\)](#)

院内分散采购的潜在供应商应在[锦州医科大学附属第三医院](#)获取文件，并于[2025年08月18日09点00分](#)（北京时间）开启响应文件。

一、项目基本情况

项目编号：[JZYKDXFSDSYFSCG20250813](#)

项目名称：[锦州医科大学附属第三医院第三方模拟医保飞检项目](#)

预算金额：[30000.00元](#)（全费用）

最高限价：[30000.00元](#)（全费用）

采购方式：竞争性谈判

采购需求：[锦州医科大学附属第三医院第三方模拟医保飞检项目](#)

交货时间：[具体以合同约定为准](#)

二、供应商的资格要求：

[1、投标单位具有相关营业资质并有依法纳税证明的单位](#)

[2、能够按照医保飞检规则进行数据筛查的相关单位](#)

三、获取响应文件

时间：[2025 年 08 月 13 日至 2025 年 08 月 14 日](#)，每天上午 [8:30](#) 至 [11:00](#)，下午 [13:30](#) 至 [16:00](#)（北京时间，法定节假日除外）

方式：网上获取

凡有意参加此项目的供应商，请于：[2025 年 08 月 13 日至 2025 年 08 月 14 日](#)止，（北京时间，节假日除外）每日上午 8 时 30 分至 11 时 00 分（北京时间，下同），下午 13 时 30 分至 16 时 00 分。将[营业执照；法定代表人或授权委托人身份证明及授权委托书](#)，以上资料复印件加盖单位公章（注：盖有电子印章的无效）发送到此邮箱 duuuuuu_9@qq.com 邮件主题：[项目名称+项目编号+公司名称](#)；邮件内容：列明[公司名称、法定代表人或授权代表人姓名及联系方式](#)。材料审核通过后，向供应商邮箱发送电子版采购文件。（对于不能提供、拒绝提供或提供不清楚、不完整材料的，锦州医科大学附属第三医院拒绝受理）。

四、提交响应文件截止时间

截止时间：[2025 年 08 月 14 日 16 点 00 分](#)（北京时间）

五、开启

时间：[2025 年 08 月 18 日 09 点 00 分](#)（北京时间）

地点：地点：锦州医科大学附属第三医院 [机关楼五层](#)

[513 室](#)（锦州市凌河区和平路五段 2 号）

响应文件份数：正本 1 份

六、质疑与投诉

供应商认为自己的权益受到损害的，可以在知道或者应知其权益受到损害之日起 1 个工作日内，向采购人提出质疑。

七、其他补充事宜

本项目发布媒介：锦州医科大学附属第三医院 官网

八、对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

名称：[锦州医科大学附属第三医院](#)

地址：[辽宁省锦州市凌河区和平路五段 2 号](#)

联系人：[朱老师](#)

联系方式：[0416-3999217](#)

[锦州医科大学附属第三医院](#)

[2025 年 08 月 13 日](#)