

锦州医科大学附属第三医院医疗责任保险项目(短期)

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医疗责任保险项目\(短期\)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 [2026 年 02 月 12 日 08 点 30 分](#)（北京时间）开启响应文件。

一、项目基本情况

项目编号：[JZYKDXFSDSYFSCG20260206](#)

项目名称：[锦州医科大学附属第三医院医疗责任保险项目\(短期\)项目](#)

预算金额：[220000.00 元](#)（全费用）

最高限价：[220000.00 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医疗责任保险项目\(短期\)项目。具体服务范围清单见需求明细](#)

交货时间：[具体以合同约定为准](#)

二、供应商的资格要求：

1、[具有国家金融监督管理总局或中国银行保险监督管理委员会批准的《经营保险业务许可证》](#)

2、有能力提供本次采购项目所要求的服务，具有良好信誉近三年内无违法违规记录

3、投标单位参与医责险工作不少于三年

4、具有独立医疗纠纷调解场所；熟悉医疗纠纷调解工作

三、获取响应文件

时间：2026年02月10日至2026年02月11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：2026年02月10日至2026年02月11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：[2026 年 02 月 11 日 16 点 00 分](#)（北京时间）

五、开启

时间：[2026 年 02 月 12 日 08 点 30 分](#)（北京时间）

地点：地点：锦州医科大学附属第三医院 [机关楼 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：[高老师](#)

联系方式：[0416-3999028](#)

[锦州医科大学附属第三医院](#)

[2026 年 02 月 10 日](#)