附件1：酒泉市中医医院第三方护理服务机构报名申请表

申请编号：（由医院填写）

填表日期： \_\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_ 月 \_\_\_ 日

法律声明：

本机构承诺所填信息真实有效，如有虚假愿承担法律责任并永久取消合作资格。

1. 机构基础信息（所有字段必填）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 填写内容（请打印） | 证明文件（附件页码） |
| 机构全称 |  | 营业执照P |
| 统一信用代码 |  |  |
| 注册资本 | ¥\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元 |  |
| 成立时间 | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_月 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证复印件P |
| 实际经营地址 |  | 场地证明P |
| 近3年营业额 | ¥\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元 | 附审计报告P |

1. 服务能力配置（按医院病区需求设计）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 服务类型 | 可配置人数 | 培训认证要求 |
| 基础照护 | ≥\_\_\_人 | 医疗护理员证+岗前80学时 |

1. 医院合作经验（近三年案例）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 | 合作期限 | 服务床位数 | 终止原因/满意度 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 报价方案（单位：元/床日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 护理等级 | 基础报价 | 医保对接价 | 耗材成本说明 |
| 一级护理 | ¥\_\_\_\_\_\_ | ¥\_\_\_\_\_\_ | （含尿垫等\_\_\_项） |
| 二级护理 | ¥\_\_\_\_\_\_ | ¥\_\_\_\_\_\_ | （含消毒品等\_\_\_项） |
| 特级护理 | ¥\_\_\_\_\_\_ | ¥\_\_\_\_\_\_ | 定制方案见附件 |

五、医院管理费用

|  |  |
| --- | --- |
| 管理费用所占比例 | 备注 |
| 陪护费用收入总计的基础上  上缴     % | 按陪护费用的百分比提取，按月据实结算。 |

六、声明与签章

1、本机构郑重承诺：

1）派驻人员无犯罪记录（附公安机关证明P\_\_\_）；

2）接受医院护理部/院感科实时监管；

3）发生纠纷时优先执行医院调解方案；

4）服务满6月后接受第三方满意度审计。

申请人签字： \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签章：

机构公章：

日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件清单（请标注页码）

1.《营业执照》

2.税务登记信息、社会保险登记证明

3.法定代表人身份证明 附件2

4.材料真实性保证承诺书 附件3

5.无重大违法记录的声明（法人亲签） 附件4

6.特需服务报价明细表

7.《服务质量承诺书》

8.应急事件处置流程图

9.护理员培训合格证名册（附证书扫描件）

10.《免陪照护医院建设运营实施方案》

医院审核栏（申请人勿填）

|  |
| --- |
| 医院审核 |
| 资质初审：□通过 □不通过 审核人： |
| 现场考核：□合格 □整改 考核人： |
| 终审意见： |

使用说明：

1. 本表需双面打印，加盖骑缝章

2. 材料缺失超过2项视为无效申请