附件2：采购需求清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 广西南宁技师学院2023年秋季学期新生体检项目需求表 | | | |
| 序号 | 新生体检项目 | 价格 | 备注 |
| 1 | 内科 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 2 | 外科 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 3 | 耳鼻喉科 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 4 | 眼科（视力、辨色力） |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 5 | 一般听力 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 6 | 身高 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 7 | 体重 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 8 | 血压 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 9 | 结核菌素试验 |  | 南教卫健【2020】27号文要求 |
| 10 | 肝功能:血清丙氨酸氨基转移酶测定、总胆红素测定 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 11 | 血常规 |  | 桂教体卫【2019】23号文要求 |
| 项目  概况说明 | 我院2023年计划招生约为2850人，体检预算费用最高限额95元/人，体检地址为广西南宁市西乡塘区大学西路157号广西南宁技师学院新校园内。 | | |
| 要求 | 1、参加评选医院要求二级甲等以上公立医院，并提供事业单位法人证书及医疗机构执业许可证。 | | |
| 2、本次体检项目应于9月20日前完成我院所有校区新生体检，体检结果应于2023年9月30日前反馈我院各校区。 | | |
| 3、最终结算价为本次新生体检完毕，经广西南宁技师学院验收合格并确认最终体检人数后支付所有相关费用。 | | |
| 4、若有后续补检人员，请及时安排补检。 | | |