附件1：

社区卫生服务站举办人报名材料清单

1、承诺书原件及复印件；

2、《拟配备社区卫生服务站人员基本情况表》(见附件4）； 拟配备医务人员医师资格证书、医师执业证书、护士执业证书、专业技术人员职称证书、全科医师岗位培训证书、《中医适宜技术培训合格证》等相关资质证书复印件；

3、履约保证金（20万元）汇款凭证。（汇款名称：当涂县国库集中支付中心往来资金户，账号：179713978973，开户行：中国银行当涂支行，备注：当涂县卫健委（125001）收）

附件2：

社区卫生服务站举办人遴选办法

一、遴选组织

（一）成立当涂县卫生健康委姑孰镇清源社区卫生服务站举办人遴选工作办公室，负责本次遴选工作的组织管理。办公室人员组成如下：

主  任：汪郁芳

成  员：任浮敏 周光平 陶名良 丁承群 沈维民

（二）县纪委监委驻县卫生健康委纪检监察组工作人员全程参与监督本次遴选工作。

（三）全权委托第三方代理公司，按照有关规定，具体实施遴选工作。

二、评审专家组成方式

在市卫生健康委的指导下，建立15人的社区卫生服务管理专家库，其中，基层卫生行政管理3人、社区卫生服务中心（或基层卫生院）业务管理6人以及从事社区卫生服务指导协管的人员6人，按照3：1的比例抽取5名专家，组成评审专家组。

三、评审办法

（一）遴选实行综合评分法。根据遴选评分细则，专家组人员对每名申办人进行现场评审，取平均分为申办人最终得分。申办人最终得分在现场公布。

（二）按最终得分高低确定举办人，得分最高的投标人为举办人，得分第二名为预举办人。

（三）遴选的举办人（单位）确定后，公示时间为5个工作日。公示期满无举报或虽有举报但经查实不影响遴选结果确定的，举办人首先获得当涂县姑孰镇清源社区卫生服务站筹办资格。

（四）举办人在收到《举办人资格通知书》后90日内完成服务站筹建工作。筹建工作完成后，报请当涂县卫生健康委同意后，按照《医疗机构执业许可证》核批程序开展现场审核验收。

验收合格，依法核批《医疗机构执业许可证》。验收不合格，给予15日整改期。整改期限满后，再次组织复审验收。复审验收合格，依法核批《医疗机构执业许可证》；复审验收不合格，取消举办资格。

（五）举办人被取消举办资格后，由预举办人取得举办资格。评审和复审程序不变。

（六）若预举办人未通过评审验收，本次遴选结果做作废处理。

（七）当涂县卫生健康委在对拟设社区卫生服务站进行医疗机构执业许可评审，或在服务站正式开办后一年内发现实际配备人员与举办人提交的《拟配备社区卫生服务站人员基本情况表》内容不一致，根据举办人《承诺书》内容，取消其举办人资格，由此造成的一切损失及后果由举办人自行承担。实际配备人员具备与举办人《拟配备社区卫生服务站人员基本情况表》中拟配备人员相同资质时，视同一致。

（八）获得举办资格的申办人的履约保证金在筹建完成提交验收申请后的5个工作日内退回；其他申办人的履约保证金，在评审工作结束后的5个工作日内退回。

附件3：

承诺书

本人自愿参加当涂县姑孰镇社区卫生服务站举办人遴选。若取得举办人资格，将按照国家《医疗机构管理条例实施细则》的有关规定和提交的《拟配备社区卫生服务站人员基本情况表》内容配备法人代表、主要负责人、医务人员，社区卫生服务站的建设基本符合《社区卫生服务中心、站建设标准（建标 163-2013）》等有关要求，并在拟办服务站正式开办后，将拟配备医务人员第一执业地点变更注册到该服务站，且一年内保持不变。如违背承诺，本人自愿放弃举办人资格，由此造成的一切损失及后果由本人承担。

特此承诺。

承诺人（申办人）：

年    月    日

附件4：

拟配备社区卫生服务站人员基本情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 现工作单位 | 执业证书 | 是否取得全科医师岗位培训证书 | 专业技术职称 | 是否取得《中医适宜技术培训合格证》 | 拟任职务（法人或主要负责人） | 备注 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

申办人（签名）：                                                   年    月    日

注：1、 至少配备2名全科医生及2名注册护士。

2、执业证书栏填写内容为：执业医师或注册护士；

3、执业类别为中医的执业医师在备注栏中注明。