

体检服务协议

甲方：西安市公安局临潼分局

乙方：西安莲湖爱康卓悦医院有限公司

鉴于：

1. 甲方国家机关，欲为其☒员工 ☐高管 ☐员工家属安排健康体检（三者统称“甲方人员”）；
 2. 乙方及其关联公司拥有丰富医疗、健康检查资源及健康管理经验，可以提供健康体检及后续相关服务；
- 甲乙双方在相互了解、相互信任的基础上，本着平等合作、互惠互利的原则，经友好协商，于【2025】年【11】月【19】日达成如下合作协议：

一、 合作内容

- 1.1 甲方同意由乙方为甲方☒员工 ☐高管 ☐员工家属提供健康体检服务（体检项目及价格见《附件1》），并自本协议签署之日起【/】个月内为甲方人员提供后续健康管理服务；
- 1.2 甲方☒员工 ☐高管的预计总体检人数为【569】人。
- 1.3 本协议项下的体检费总金额为人民币【伍拾陆万伍仟伍佰】元整（¥【565500】元）（下简称“协议金额”）。甲乙双方同意在体检结束后按照实际体检人数进行结算；
- 1.4 乙方同意为甲方员工家属提供健康体检服务，并提供一定的优惠（体检项目及价格见《附件》，注：甲方员工家属体检，不设定到检率结算要求）。

二、 体检时间

- 2.1 甲乙双方确定的集中体检时间为：【2025】年【11】月【19】日到【2025】年【12】月【31】日，共【42】天；甲方应组织其☒员工 ☐高管于指定时间参加体检。如超过以上时间仍未体检的，均视为放弃体检，乙方将不再提供体检服务。

三、 费用与结算

- 3.1 甲方员工、高管健康体检服务费由甲方统一结算，甲方员工家属的服务费由家属在体检中心现场自付。
- 3.2 结算：甲方根据实际体检人次结算并支付费用，结算支付时间为体检结束后【10】个工作日；
- 3.3 甲方可采用银行转账或支票支付形式将款项支付至如下乙方账户，乙方不接受现金支付方式。若甲方委托第三方向乙方付款，则甲方应提前书面告知乙方，且向乙方出具书面的代付款说明。否则，任何

第三方支付款项不得视为甲方履行本协议项下之付款义务，乙方有权要求甲方继续支付款项。

乙方名称：西安莲湖爱康卓悦医院有限公司

乙方开户行：长安银行股份有限公司西安碑林区支行

乙方银行账号：806010501421012973

上述账户是乙方唯一收款账户，在未经乙方书面同意的情况下，甲方不得向乙方工作人员或任何第三方支付本协议项下之任何款项，否则视为甲方未履行本协议项下之付款义务。

3.4 乙方在收到甲方付款后向甲方开具相应金额的合法有效发票，甲方的发票开具信息如下：

甲方名称：西安市公安局临潼分局

甲方地址：临潼区骊山街办周家场5号

甲方电话：86758517

甲方开户行：西安银行临潼区人民西路支行

甲方银行账号：281011130000000446

3.5 如果甲方不及时付款乙方有权暂停服务，甲方支付款项后乙方将重启服务。因甲方不按协议约定付款而导致乙方暂停服务的，乙方不承担违约责任。

四、 双方权利与义务

4.1 甲方权利和义务：

4.1.1 甲方有权要求乙方为甲方人员提供优质服务，并应对乙方的服务提供必要的协助；

4.1.2 甲方应在甲方人员到检前2个工作日向乙方提供本次体检甲方人员的名单及相关信息（包括：甲方人员姓名、性别及身份证号及女性婚姻状况），同时应按乙方要求告知其甲方人员携带身份证、体检凭证等相关资料以方便乙方进行身份确认，因甲方人员未携带相关资料或体检人员与相关资料信息不一致的，或到检人员并非甲方人员，则乙方有权拒绝提供体检服务，并不因此承担任何责任；

4.1.3 甲方承诺向乙方提供的任何甲方人员的个人信息均获得了该甲方人员的充分授权，可供乙方用于为甲方人员提供体检服务；如因甲方未获得充分授权而造成的任何损失，由甲方对此承担一切赔偿责任；

- 4.1.4 甲方承诺，未经甲方人员授权不得擅自代表该甲方人员注册和登录乙方平台的个人会员账户、预约乙方的体检；因甲方未获得充分授权而造成的任何损失，由甲方对此承担一切赔偿责任；
- 4.1.5 甲方按协议约定向乙方支付体检费用；
- 4.1.6 甲方在合作期限内应优先考虑乙方作为其主要供应商与甲方员工和高管提供其他涉及健康管理领域的产品与服务；
- 4.1.7 若甲方需要统一收取并查看其员工或高管的体检报告或获取其员工或高管的体检信息，则甲方承诺已事先取得其员工或高管的书面明示同意（具体见附件1《个人体检信息披露授权书》），且本协议其他条款涉及的甲方人员授权或同意不得被理解为本条下的书面明示同意；否则由此导致的纠纷由甲方自行解决，乙方或甲方人员由此受到任何损失的，甲方对此承担一切赔偿责任；
- 4.1.8 若甲方代甲方人员收取体检报告，甲方承诺已取得该甲方人员的同意；未经该甲方人员书面明示同意，甲方不得拆开代收的体检报告；除非该甲方人员另有指示，甲方应明确告知乙方代收的方式（如邮寄地址），并保障代收的体检报告的数据安全；甲方人员有权决定或更正其获取体检报告的方式，甲方不得以甲方人员拒绝甲方代收体检报告为由，拒绝履行本协议下甲方的义务；
- 4.1.9 甲方负有保密义务，在未获得乙方书面允许的情况下，不得向第三方披露有关乙方的数据资料和内容，以及任何与本协议有关的信息。

4.2 乙方权利和义务：

- 4.2.1 乙方有权按协议约定要求甲方按付款；
- 4.2.2 乙方应按本协议约定的时间及方式安排甲方人员体检；
- 4.2.3 乙方有权向甲方人员宣传“健康管理”的理念；
- 4.2.4 乙方负有保密义务，在未获得甲方书面允许的情况下，不得向第三方披露有关甲方的数据资料和内容，以及任何与本协议有关的信息。

4.3 双方联系人

- 4.3.1 本协议项下要求或发出的所有通知和其他通信应通过专人递送、挂号邮寄、邮资预付或商业快递服务或传真的方式发到各方下列地址。每一通知还应再以电子邮件送达。该等通知视为有效送达的日期按如下方式：

甲方地址：临潼区骊山街办周家场5号

甲方联系人：李警官

甲方电话：86758517

乙方地址：西安市莲湖区二环南路西段 202 号九座花园

乙方联系人：牛凡

乙方电话：15353555396

4.3.2 通知如果是以专人递送、快递服务或挂号邮寄、邮资预付发出的，则以于设定为通知的地址在发送之日为有效送达日。

4.3.3 任何一方如需更换联系人应及时以书面形式通知对方，若因未能及时更换联系人而遭受的损失自行承担。

五、 违约责任

5.1 甲乙双方均应严格遵守本协议的约定，如有违约，违约方应对由此给守约方造成的损失承担赔偿责任。

5.2 如甲方未按时履行付款义务，则每延迟一日，应向乙方支付应付金额的千分之五作为滞纳金，超过 30 日仍未付款的，乙方有权解除本协议，甲方除支付滞纳金和应付的体检费用外，还应向乙方支付合同总金额 30% 的违约金。如乙方的实际损失超过前述违约金的，以实际损失为准。

5.3 如一方违约导致订立本协议的根本目的无法实现的，则构成实质性违约，守约方有权以书面方式通知违约方解除协议，自通知发出之日起 5 个工作日内本协议自动解除，同时违约方还应对由此给守约方造成的损失承担赔偿责任。

5.4 本协议下乙方为甲方提供的任何服务内容，只适用于甲方员工、高管和家属，甲方不得以任何方式销售或转让给任何第三方人员。一旦发现甲方违反该约定，甲方需赔偿因此给乙方造成的一切损失，赔偿额不低于本协议总金额（以实际发生的为准）的三倍。同时，乙方有权单方面解除本协议，终止一切合作，且不再提供任何后续服务。

六、 反腐败合规条款

甲乙双方承诺不曾也不会与另一方的合作中，或者办理与另一方相关事宜过程中，对任何人实施行受贿行为；甲乙双方承诺维持准确的财务记录，真实准确地在财务账册中反映其与另一方业务有关的所有活动和费用支出。甲乙双方均有权自行或委托专业人士对另一方进行审计，包括审阅其与另一方交易有关的财务账册、与相关人员进行访谈等。甲乙双方应当履行配合另一方审计的义务，不应出现拒绝审计、隐瞒信息或提供虚假信息的情况。在任何一方出现与另一方相关的财务记录不准确时，或者出现拒绝配合另一方审计、隐瞒或提供虚假信息，或者发现存在行受贿、虚假报销、与另一方员工串通等违规行为的嫌疑时，另一方均有权中止协议履行，并视为解除协议的条件已经成就，另一方有权直接通知涉嫌违规方解除本协议。此时，涉嫌违规方无权主张另一方违约，并应当向另一方承担违约金或其他的损害赔偿责任。

七、 争议解决方式及其他

7.1 乙方承诺会恪守法律法规和诊疗常规，提供业内优质的服务，切实保证乙方的检查质量。但由于健康体检属医疗行为，其结果有一定的不可预知性，而个体差异和疾病发展的窗口期以及医学技术本身的限制更增大了不可预知性。因此需要甲方参检人员积极配合乙方医生的检查，主动提供已经发现的身体异常，为乙方医生做出准确判断提供重要参考。乙方将对所有经过国家权威机构鉴定乙方存在的过错负责，但是对于因项目自主选择、医疗技术发展的限制和受检者自身配合问题所造成的意外，乙方将不承担责任。

7.2 对于因本协议的解释及执行而产生之争议，应首先由双方通过友好协商或经由中立之第三方调解来解决。如在争议产生之日起 30 日内无法解决，则任何一方均可将有关争议提交上海国际经济贸易仲裁委员会仲裁，败诉方应承担胜诉方支付的包括律师费、仲裁费、公证费、鉴定费等在内的一切合理费用。

7.3 本协议及附件构成甲乙双方之间完整协议。未经甲乙双方书面同意，任何修改均属无效。

7.4 本协议的任何条款如被确认为无效，均不影响其他条款的效力。

7.5 乙方解除权的行使期限自其知道或应当知道解除事由之日起满三年之日止。

7.6 本协议以中文签署，自甲乙双方加盖公章或合同专用章之日起生效，一式贰份，甲乙双方各执壹份，具有同等法律效力。

7.7 附件

附件 1 《个人体检信息披露授权书》

附件 2 体检项目及价格附件

(以下空白，无正文)

甲方：

盖章：

法定代表人或授权代表（签名）：

日期：2025.11.19



乙方：

盖章：

法定代表人或授权代表（签名）：

日期：



悦

悦

悦

附件 1:

个人体检信息披露授权书

授权人:

身份证号码:

被授权人: 爱康国宾健康体检管理集团有限公司及其关联公司、其旗下所有医疗机构及由爱康国宾集团指定的第三方医疗机构

本人理解并授权同意爱康国宾健康体检管理集团有限公司及其关联公司、其旗下所有医疗机构(合称“爱康”)收集、使用、共享本人的下列个人信息:(1)为向本人提供体检医疗服务所需的信息,包括本人的真实姓名、身份证号、军官证、护照号、工作单位、部门、联系地址、联系电话、性别、婚姻状况、病史和家族病史等基本信息;(2)收集本人涉及本次体检的相关生理指标、阳性和阴性的检出结果信息、生物样本检出结果及其可能包含的所有信息;(3)如本人需要使用公示中标注外送的检测服务,爱康需要收集并向检测方提供该检测所必须的全部信息及足够检测和必要的复查所需的样本。

在前述的基础之上,本人自愿授权并指示被授权人向_____ (“**个人信息接收方名称**”) (联系方式: _____) 提供**体检报告及其所有载明的所有内容**,包括个人基础信息(姓名、性别、生日、身份证号、员工号、工作单位、部门、联系方式)、**本人体检项目的**所有结果和阴性和阳性的检出信息****(包括本人接受的常规项目检测结果、本人自愿要求进行的乙型肝炎病毒血检查结果和 HIV 检测结果/专项检测结果)、以及阳性检出信息的各种可能的成因和需要采取的应对措施及后果(其中个人敏感信息以**粗体**进行显著标识)。接收方会将上述个人信息用于开展企业内部人事管理所必须的员工健康管理工作。如接收方需超出该范围处理和处置上述信息,需与本人另行就个人信息处理行为进行约定,与爱康国宾健康体检管理集团有限公司及其关联公司、其旗下所有医疗机构及由爱康国宾集团指定的第三方医疗机构无关。本人理解并授权同意,被授权人可以以纸质或电子数据及其他形式向个人信息接收方提供本人上述的个人信息。本人也理解,如本人**拒绝授权被授权人向接收方共享上述个人信息**,被授权人可能无法向本人提供该体检服务,或该体检服务的费用可能无法由接收方支付而需本人自费,且任何因本人拒绝授权披露而产生的本人与接收方之间的纠纷与被授权人无关。

本人已经充分知晓自己的权利并了解和愿意承担本次授权可能带来的风险和对本人利益可能的损害,并郑重声明本次授权系本人自己所为且为本人自愿。

本人已完整阅读并充分理解本授权书,本人自愿选择同意授权被授权人根据本授权书向个人信息接收者披露本人的相关个人信息。如本授权书中约定的内容与本人此前与爱康签署的任何合同、授权文件有任何不一致的地方,以本授权书的内容为准。

授权人:

[]年[]月[]日

2025 年度西安市公安局临潼分局体检项目

序号	项目分类	分类	项目	男		女		未婚女性	50 岁以上男	50 岁以上女
				35 岁(含)-50 岁	35 岁以下	35 岁(含)-50 岁	35 岁以下			
1	公示项目	基础检查	一般检查	13	13	13	13	13	13	13
2			内科	33	33	33	33	33	33	33
3			外科	33	33	33	33	33	33	33
4			眼科常规	13	13	13	13	13	13	13
5		超声检查	腹部彩超	130	130	130	130	130	130	130
6			男性彩超	130	130	—	—	—	130	—
7			女盆腔彩超	—	—	130	130	130	—	130
8			乳腺彩超	—	—	156	156	156	—	—
9			甲状腺彩超	156	156	156	156	156	—	—
10			颈部血管彩超	156	—	156	—	—	156	156
11		检验科	血常规	52	52	52	52	52	52	52
12			尿常规	26	26	26	26	26	26	26
13			乙肝检查	96	96	96	96	96	—	—
14			肝功五项	78	78	78	78	78	78	78
15			肾功三项	60	60	60	60	60	60	60
16			血脂四项	104	104	104	104	104	104	104
17			糖化血红蛋白	130	—	130	—	—	130	130
18			空腹血糖	20	20	20	20	20	20	20
19		消化科	幽门螺旋杆菌(C14)	216	216	216	216	216	216	216
20		肿瘤检测	甲胎蛋白	78	78	78	78	78	78	78
21			癌胚抗原	78	78	78	78	78	78	78
22		CT 四选一	头颅	528	528	528	528	528	528	528
23			胸部							
24			颈椎							
25			腰椎							
26		妇科	妇科常规检查	—	—	33	33	—	—	33
27			白带常规			20	20			20

28		妇科	宫颈液基 超薄细胞 学检测 (TCT)			234	234			—
29		妇科	人乳头瘤 病毒检测	—	—	260	260	—	—	—
		合计		2130	1844	2833	2547	2000	1878	1931
		结算价		800	800	900	880	900	450	450

