



检测服务合作协议书

(合同号: WXDX-ICL-2023-7028)

甲方: 武汉市精神卫生中心 (以下简称甲方)

项目负责人: 周晓亮

电话: 18108650781

通讯地址: 湖北省武汉市江岸区工农兵路89号武汉市精神卫生中心2楼检验科

乙方: 上海药明微喆医学检验所有限公司 (以下简称乙方)

项目负责人: 周添堂

电话: 18825146328

通讯地址: 中国(上海)自由贸易试验区富特中路288号2幢1层、2层

甲乙双方本着平等互利、协商一致、共同发展的原则, 根据《中华人民共和国民法典》及有关法律法规的规定, 达成如下协议, 并由双方共同恪守。

一、 合作内容:

- 1.1 甲方委托乙方作为甲方检测样本的定点检测单位, 并开展检测项目。
- 1.2 甲方委托乙方进行检测的项目需在乙方可提供检测项目的范围内, 检测服务申请应最终由终端客户在其患者确诊相应疾病并出具医嘱或诊断意见后提起, 用于这些患者的疾病分析或参考, 但应遵照本协议第12条免责条款的约定进行。
- 1.3 乙方的检测项目随乙方的实际业务范围的扩大而增加, 本协议项下甲方委托乙方进行__精神类产品PGx检测__项目的实验室检测服务, 具体包含的检测项目详见本协议附件一《项目清单》。

二、 检测样本

- 2.1 样本的收集: 甲方负责样本的采集并对样本质量负责。乙方负责样本的收集与运输, 乙方检测结果仅对收到的样本实际状态负责。
- 2.2 检验申请: 甲方应按照乙方提供的检验申请单格式(样本见附件二)填写样本检测申请信息, 且确保信息的正确性与完整性。如甲方对样本信息提出修改要求的应向乙方提交书面的修改申请并获得乙方同意。
- 2.3 样本的交付: 乙方提供物流方案, 甲方按照乙方指定的物流方案配合执行。
- 2.4 甲方收到检测报告后5个工作日内未提出异议的, 本项目项下样本由乙方按照检验样本管理的相关规定执行。甲方如有异议或有复检、返还等要求的, 经乙方确认后, 予以执行。

三、 检测报告

- 3.1 交付时间: 遵守 HBZLT-WH-123020 编号招标文件约定: 自乙方收到符合要求的检测标本开始至检测报告发放时间≤5个工作日; 乙方有义务在接到甲方解读要求的两个工作小时内响应; 乙方提供电子报告查询系统见3.2。
- 3.2 报告发送方式: 乙方完成检测服务后以邮件方式或者网络查询方式发送电子报告; 甲方承诺其在查询及接收报告前已获得全部有效授权。

(1) 乙方在线报告查询网址: <https://report.wuxidiagnostics.com/>;

(2) 乙方提供一个登陆账号, 账号名称和密码由乙方开通后以邮件方式进行提供。

账号接收人邮箱	手机
1538169710@qq.com	18108650781

如客户有特殊要求, 请在下方列式说明: __纸质报告由乙方邮寄到甲方通讯地址__



- 3.3 乙方出具检测报告后，甲方如对检测报告有异议，需在乙方出具报告之日起 10 个工作日内以书面形式提出，双方协商处理。如果受检人事后通过其他检测机构、鉴定机构等，因检测结果导致甲方损失的，乙方应承担相应责任。具体参考本协议十三免责条款约定。

四、 服务价格与付款方式

- 4.1 收费标准及结算价格：双方同意按下表结算价格进行结算。本协议项下所计收的服务费均包含增值税（VAT）。

项目名称	检测基因数	位点数	涵盖药物	报告时间	售价	结算单价
抗抑郁/双相药物用药指导的基因检测	24	8	35	5 个工作日	3360	2318.4
抗精神类药物用药指导的基因检测	36	11	61	5 个工作日	4620	3187.8

- 4.2 本协议签订之后双方新增加的检测项目价格不受本协议约束，若甲方拟委托乙方进行该等项目检测的，具体内容将由双方另行协商确定、并签署书面的补充协议。
- 4.3 结算周期：按照每个自然月进行结算（简称“本结算月”），乙方会在本结算月期满之日起 5 个工作日内提供本结算月的检测服务对账单给甲方，由甲方履行付款义务。
- 4.4 开票：乙方按照如下信息向甲方开具增值税发票。

甲方发票抬头信息：	武汉市精神卫生中心
纳税人识别号：	12420100441355229Q
开票地址：	湖北省武汉市江岸区工农兵路 89 号
电话：	027-82281615
开户行	中行友谊支行
账号：	574257525929
增值税发票类别：	☒ 普通发票 ☐ 专用发票

发票收件地址：

收件人姓名：	周晓亮
收件人电话：	18108650781
收件地址：	湖北省武汉市江岸区工农兵路 89 号武汉市精神卫生中心 2 楼检验科

- 4.5 付款方式：乙方开具发票之日起 30 日 内甲方将本结算月的服务费用通过转账或电汇汇入乙方账户。如甲方未按上述约定时间付款至乙方指定账户，逾期超过 30 天甲方未付款的应当按日以应付款的千分之五支付违约金，且乙方有权暂停为甲方提供检验服务，因此而产生的责任，由甲方承担。

乙方账户信息：

收款人姓名：	上海药明傲喆医学检验所有限公司
收款人地址：	上海市富特中路 288 号 2 号楼 2 层
银行名称：	中国建设银行股份有限公司
分行名称：	上海自贸试验区分行
银行账户：	31001579511050038145
银行地址：	上海浦东外高桥自贸区加枫路 17 号

五、 甲方权利和义务：

- 5.1 本协议项下检测报告的所有权在甲方支付完毕对应的全部服务款项后归属甲方所有。
- 5.2 甲方承诺本补充协议项下委托乙方提供的检测服务所涉及的样本的来源属实合法且不侵犯任何一方



权益，本项目如涉及我国人类遗传资源管理条例中的申报范围，甲方应自行或协调申请检测服务的医疗机构按照相关规定进行申报审批或备案，并在项目启动前向乙方提供相关审批或备案凭证，确保遵守《人类遗传资源管理条例》相关规定。但为免疑义，乙方无义务就甲方提供的材料及样本来源承担任何审查义务及法律责任。

- 5.3 甲方在有大量样本检测需求，即超出本协议约定的送检量时，甲方应及时提前书面或者电话通知乙方，共同协商检测结果报告的时间和方式。
- 5.4 甲方承诺本协议产生的检测报告及数据的使用范围符合甲方的经营范围和相关的法律法规约定。甲方对其使用本协议所产生的数据承担全部的责任，包括但不限于处理与甲方签约的实际使用人与甲方之间的纠纷。

六、 乙方权利和义务：

- 6.1 乙方方向甲方提供本协议和/或补充协议中约定的产品及服务，保证其具备相关的检验资质、检验能力及相关技术，并遵守实验室操作规范，流程和守则，确保如实客观的检测结果。
- 6.2 乙方检测结果只对所接受的样本负责，如果乙方认为甲方提供的样本不符合检测要求或本协议约定的，乙方有权退单，如甲方坚持要求检测的，乙方对检测结果不承担责任。
- 6.3 乙方应当在检测项目发生变化或价格发生变化时向甲方提供更改清单。清单详细列出检测项目、检测内容、检测方法、检测样本和价格等更改的内容。随着技术的发展，如果乙方对检测结果的参考范围或者检测方法的更新等内容发生变化，乙方会及时与甲方进行沟通和交流。
- 6.4 乙方有权利向甲方提供选择何种检测和服务的建议，和对检测结果提供适当的解释；并与甲方就服务、质量和咨询进行定期交流。
- 6.5 乙方可在必要的时候委托合格的第三方实验室进行检测，由乙方与第三方签订合作协议，但乙方需对第三方实验室出具的报告和数据负责。

七、 用户信息的保护

- 7.1 在本协议履行过程中，甲方直接或间接收集个人信息的，应在个人充分知情且自愿的基础上获得其书面同意的文件（其中收集不满十四周岁未成年人个人信息的，应当取得其父母或其他监护人的同意），包括但不限于收集本协议或补充协议附件的申请单等文件。甲方应自行或协调客户以显著方式、清晰易懂的语言真实、准确、完整地向个人告知下列事项，并详尽体现在前述书面同意中：
 - （1） 甲方、乙方或其他接触个人信息的单位的名称和联系方式；
 - （2） 个人信息的处理目的、处理方式，处理的个人信息种类、保存期限；
 - （3） 处理个人信息的必要性以及对个人权益的影响；
 - （4） 是否同意转委托他人处理个人信息；
 - （5） 是否同意甲方收集、查阅、传输、复制个人信息，包括但不限于检测服务结果或检测报告/数据等；
 - （6） 个人行使本法规定权利的方式和程序；
 - （7） 法律、行政法规规定应当告知的其他事项。
- 7.2 甲方无法提供上述书面文件的，乙方有权选择是否接收样本和提供服务。乙方接收样本的，甲方应使乙方免受因提供该等服务而遭受的损失。
- 7.3 在乙方完成本协议或补充协议约定的服务并经甲方确认无异议或视为无异议后，除法律法规有强制性规定或个人直接或间接通过甲方另有明确指示外，乙方将对本协议项下人类遗传资源及个人信息进行销毁。甲方应协调相关方事先充分了解该等处理方式。
- 7.4 甲方应当确保其已按照数据保护和个人信息保护法律法规的要求采取了相应的安全和管理措施，建立适当的个人信息及数据安全能力，落实必要的管理和技术措施，确保其提供的个人信息及数据得到充分的安全保障，防止个人信息的未经授权及数据的访问、使用、泄露、篡改、损毁、丢失，并应在履行本协议或补充协议期间持续维持和改善相应的安全和管理措施。
- 7.5 甲方不得超出终端用户个人授权的范围及本协议或补充协议约定的处理目的、处理方式等处理个人信息，尤其不得向中华人民共和国境外提供个人信息。为本协议之目的，向香港、澳门和台湾地区提供个人信息的，视为向境外提供。

八、 保密义务：

- 8.1 本协议任何一方（“接收方”）对于披露方及其关联方的任何非公开信息（“保密信息”）负有保密义务。“保密信息”不包含以下信息：（1）接收方有证据证明在披露方向其披露信息之前已获得或知晓



的信息或该信息已经进入公知领域；(2) 不是因为接收方的操作或错误而让公众知晓的信息；(3) 接收方以正当合理途径从其他无保密义务的第三方处得知的信息；和(4) 接收方独立开发的信息。未经另一方事先书面同意，任何一方不得向任何第三方或社会公众泄露协议内容或与协议有关的任何文件、资料、数据等，以及在履行本协议过程中获知的对方的商业秘密。除非(a) 为履行本协议之目的，向有必要获知保密信息并且已经承担与本协议相同保密义务的雇员、关联企业、关联企业雇员或者接收方的代理、代表、律师、顾问和其他有必要知道信息的咨询方；和(b) 政府机构、司法程序、证券交易所或相关法律法规要求的检查、披露或其他活动；但上述披露的范围应控制在必要限度的范围内。本保密义务应在本协议期满、解除或终止后五年内仍然有效。

九、 知识产权

- 9.1 本项目所使用的属于甲方的知识产权为甲方所有，甲方对这类知识产权的使用承担全部法律责任。
- 9.2 本项目中所使用的属于乙方的知识产权（包括但不限于乙方开发的工具、方法、技术服务过程或数据、技术诀窍、工艺、软件、模版、程序、操作指南或其他知识产权）仍为乙方所有，乙方对这类知识产权的使用承担全部法律责任。

十、 合法合规性保证

- 10.1 双方保证其现在符合一切适用的法律法规，且同意在任何时候都遵守一切适用的法律法规，包括但不限于应遵守有关技术协议、知识产权、商业秘密等中国的一切适用的法律、法规和法令。
- 10.2 双方在履行本协议项下的义务时不得实施不正当影响，对任何潜在客户的员工、代表或任何政府官员做出任何形式的直接或间接的贿赂。如有发生，一方应及时向对方举报，并有权终止本协议，有权移送司法机关进行处理，追究相关单位和责任人的全部民事和刑事责任。
- 10.3 双方保证：1) 除非事先获得对方书面同意，否则任何一方不得以自己或使第三人以任何形式、在任何场合（领域）直接或间接使用对方（包括其任何母公司、子公司或关联公司）的商标、LOGO 等专有标识；2) 除非事先获得对方书面同意，否则不得在新闻发表会、刊物、公开会议、网站、媒体渠道、或任何其他公开发表的情况下披露及/或报道关于对方提供的服务细节。如任何一方被证实或判定违反上述保证，违约方应立即停止侵权行为，积极配合消除因侵权行为带来的不利影响和后果。
- 10.4 基于本项目（详见具体项目的补充协议）所进行的乙方的披露、商标与 logo 的使用，属于 9.3 条的除外事项，不构成对乙方的侵权。

十一、 协议期限

- 11.1 本协议有效期自 2023 年 4 月 20 日至 2024 年 4 月 20 日止。如果在协议期内结算总金额达到 HBZLT-WH-123020 编号招标文件约定的 87 万元则此协议自动终止。

十二、 协议的变更、终止及违约责任

- 12.1 甲乙双方在有效期内，可以协商变更和补充相关内容，但应以书面形式双方确认。此种情况不属于违约。
- 12.2 甲乙双方的任何一方若须提前终止本协议，须提前 30 天以书面形式通知对方后终止，终止后双方应在 30 天内结清相关款项。
- 12.3 因法律法规或国家政策变动或其他不可抗力原因（包括但不限于洪水、地震、风暴、台风、地陷、疫病或者其它自然灾害、战争、恐怖主义行为、暴乱、入侵、技术障碍、行政作为或不作为、贸易禁运、停产或原材料等紧缺或匮乏、机器设备的破坏、损坏或故障等）造成本协议无法履行时，不属于违约，甲乙双方应按实际完成内容结算费用。

十三、 免责条款

- 13.1 本合同项下，乙方向甲方提供的实验室检测报告由乙方出具，且对报告结果的科学性、客观性负责（受限于第 13.2 条）。报告中的健康信息、报告解读均为建议性质，仅供甲方参考。乙方提供的报告，不能作为最终诊断结果和治疗依据。当甲方引用乙方的报告自行加工后出具给其终端用户时，应保证引用的乙方报告内容完整、准确，不得故意篡改、截取或者夸大乙方的报告内容，否则视为甲方违约，由此产生的相关后果和赔偿由甲方负责，乙方不对此承担任何责任。
- 13.2 鉴于目前科学技术的进展，国内以及市场上仍未出现一种公认的医学检测手段能对任何检测项目的检测结果达到 100% 的特异性、敏感性及准确率，因此对乙方出具的检测结果，甲方有义务自行或告知被检测者结合其他相关医学检查结果进行综合判断。甲方认可并接受乙方提交的检测结果仅作为相关措施的参考，

十四、 其他

- 14.1 本协议适用中华人民共和国法律并根据中华人民共和国法律解释。因本协议的履行而发生的争议，由双方协商解决，如不能通过协商解决，任何一方均有权将该争议提交武汉仲裁委员会仲裁。
- 14.2 本协议未尽事宜，依照有关法律、法规执行，法律、法规未作规定的，双方可以达成书面补充协议。本协议的附件和补充协议均为本协议不可分割的组成部分，与本协议具有同等的法律效力。如



附件内容与本协议约定不一致的，应当优先适用本协议附件条款。主协议其余未作变更部分仍应继续有效。

14.3 本协议自双方盖章之日起生效。本协议正本一式贰份，甲乙双方各执壹份，具有同等法律效力。

（以下无正文）



(本页无正文，为《检测服务合作协议书》签署页)

甲方： 武汉市精神卫生中心 (盖章)

签订日期： 2023 年 4 月 20 日



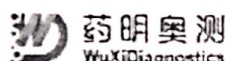
乙方： 上海药明微喆医学检验所有限公司 (盖章)

签订日期： 2023 年 4 月 20 日



附件一：项目清单

赋能包名称	项目名称	物流方案	样本量/样本要求
精神类产品 PGx 检测项目	抗抑郁/双相药物用药指导的基因检测	全血样本：2~8℃运输，运输时间 72h 以内； 口腔拭子：室温运输，运输时间 3 天内（夏季推荐冰袋运输）。	EDTA 抗凝的全血样本：至少 2mL； 口腔拭子样本：含有保存液的口腔拭子 2 个。
	抗精神类药物用药指导的基因检测		

[条形码
Barcode]

精神类疾病精准用药赋能包检测申请单

Precision Drug of Antipsychotic Test Requisition

*患者信息/Patient Information		
**姓名/Name:	**性别/Gender:	**年龄/Age:
门诊/住院号/Ref.:		床号/Bed No.:
身份证/ID:		电话/Tel.:
联系地址/Add:		邮箱/E-mail:
*送检单位信息/Submission Information		
*送检单位/Submission Unit		科室/Dept.:
*医生/Physician:		电话/Tel.:
*临床信息/Clinic Information		
**临床诊断:		
是否做过相关基因的检测	☐ 否 ☐ 是 检测时间_____, 检测项目及结果_____	
是否接受药物治疗	☐ 否 ☐ 是 具体药物名称_____ 最近用药:_____至_____	
	具体药物名称_____ 最近用药:_____至_____	
	具体药物名称_____ 最近用药:_____至_____	
耐药情况	☐ 无 ☐ 有_____	
	☐ 无 ☐ 有_____	
*样本信息/Sample Information		
*采样时间:	**送样时间:	
**检测项目/Test Item	方法学/Methodology	**样本类型/Sample Type
☐ 抗精神类疾病精准用药赋能包（全套餐）(WXDX-ESP21001)	核酸质谱	☐ 全血 ☐ 口腔拭子
☐ 抗抑郁药物用药指导赋能包 (WXDX-ESP21003)	核酸质谱	☐ 全血 ☐ 口腔拭子
☐ 抗抑郁/双相药物用药指导赋能包 (WXDX-ESP21004)	核酸质谱	☐ 全血 ☐ 口腔拭子
☐ 抗精神病药物用药指导赋能包 (WXDX-ESP21005)	核酸质谱	☐ 全血 ☐ 口腔拭子
☐ 抗焦虑药物用药指导赋能包 (WXDX-ESP21006)	核酸质谱	☐ 全血 ☐ 口腔拭子
☐ 抗癫痫药物用药指导赋能包 (WXDX-ESP21007)	核酸质谱	☐ 全血 ☐ 口腔拭子

注: *, **为必填信息

知情同意书

Informed Consent Form

检测目的及个人信息保护/Testing Purpose & Personal Information Protection

1. 受检者个人身份相关资料将被妥善保存, 没有您的许可, 任何机构和个人均无法得到相关信息。
2. 您知悉并同意, 为顺利进行本申请书中写明的检测服务, 您的个人信息 (a. 医学数据, 包括但不限于就诊信息、检测结果、检测原始数据; 和 b. 生物样本, 如血液、组织, 等) 将被收集并据下述方式处理:
检测受托方 (包括但不限于您就诊的医疗机构或采样机构) 采集后发至检测机构予以检测, 检测机构将相关检测结果及原始数据反馈给受托方或传输至特定查询系统后按照法律法规规定 (或受托方更为严格的指示) 予以处理。
3. 您知悉并同意, 检测机构为上海药明微菌医学检验所/或其委托的第三方机构, 受托第三方检测无需额外征得您的同意。
4. 您知悉并同意, 相关个人信息处理方 (受托方、采样机构、检测机构、运输机构等) 有权收集、查询、传输、复制等方式处理您的个人信息, 但仅以其职责所在的合理范围内处理为限。
5. 您知悉并同意, 您的个人信息可能在去标识处理后被用于进一步科学研究和文章发表, 旨在帮助医学界解释和诊断疾病。受检者提供剩余生物样本用于进一步保存及研究是自愿的, 拒绝提供的所得到的检测服务质量不会受到任何影响。

检测局限和风险告知/Test Limitations & Risk Notification

1. 本检测只适用于检测指定的 DNA/RNA 水平的变异。
2. 本检测方法科学、严谨、可靠, 检测人员保证严格履行工作职责并严格按照技术规范流程进行操作以确保检测结果的可靠性, 鉴于样本的问题 (如肿瘤组织样本的异质性) 和当前医学检测技术水平的限制, 即使在检测人员已经履行了工作职责和操作规范的前提下, 检测结果仍可能出现假阳性或假阴性。
3. 基因检测结果仅供临床参考, 不代表临床诊断及用药意见, 临床医生需结合各方面情况综合判断。
4. 检测报告根据基因变异情况提示用药相关性, 不具备医嘱性质, 仅供医生参考, 并由医生根据临床实际情况, 综合其他信息酌情考虑并制定治疗方案。
5. 由于不可抗拒因素 (包括但不限于病人不良的身体状况、采血量不达标、采血管破裂、自然灾害等) 所致的检测无法顺利进行, 受检者可能需要配合检测机构再次取样 (如果因样本运输或其他非检测原因造成的延误不计算在检测周期内)。
6. 本次基因检测报告仅对此次送检样本负责。
7. 您理解, 虽然对您的个人信息采取了保密措施, 但泄密的可能性依然不能完全消除。
8. 您理解, 您提供的生物样本及医学数据等个人信息可能被用于研究, 您并不能从中直接受益。

*受检者确认/Patient Confirmation

本人已经知晓本检测相关的《知情同意书》的所有内容, 完全自愿慎重进行上海药明微菌医学检验所提供的检测项目, 承担检测带来的相关风险, 并承诺提供的个人信息真实有效, 包括但不限于身份信息、病历病理及诊断报告等。

*受检者签字: _____ 或法定监护人签字: _____ *签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

*医生确认/Physician Confirmation

本人已向受检者 (或其法定监护人) 说明该检测的预期目的、风险及局限性, 并已回答受检者 (或他们的法定监护人) 的相关提问, 本人已征得受检者 (或他们的法定监护人) 的同意来开展该检测服务。

*医生签名: _____ *签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

注: *为必填信息, 请务必填写完整。