**古蔺县中医医院信息科2024年无纸化病案系统项目市场询价公告**

**一、项目简介**

古蔺县中医医院拟启动“信息科2024年无纸化病案系统项目市场询价”，按照《政府采购需求管理办法》财库〔2021〕22号文件相关精神及要求，兹以公开征集（咨询）+专家论证推荐方式开展需求调查，通过此次调研产品分布、价格分布、配置、配套设施、特殊要求、易损件等市场信息并形成调研报告，此调研报告成果将作为采购方后期编制采购需求（含预算）及实施计划的重要参考依据。

注：1.此次活动为采购方为后期政府采购项目进行的前期市场调研活动，既充分面对市场同类产品进行邀约报价及产品信息收集，同时由采购方组织行业专家组成论证及推荐小组，结合采购方使用需求部门实际临床需求，最终形成调研报告。调研报告仅就参与的品牌进行性价比，需求匹配率的综合比较，其调研结果仅为采购方采购部门参考使用，并不代表其调研成果100%被正式采购时采用，不对正式采购时起到任何限制和约束作用。

2.本项目仅限于市场前期调研，不产生法律效力，仅作为采购方使用需求部门正式采购活动前，采购部门相关责任主体后期编制采购需求及实施计划的重要参考依据，后期采购方采购部门将实施内部风险控制等程序后，按照政府采购相关规定开展正式的采购活动，供应商如认为采购技术参数等有倾向性或排他性，可以通过政府采购正常程序向采购方进行维权救济。

3.如响应本项目的供应商数量不足3家，并不影响采购方使用需求部门在本项目成果中引用有价值的信息作为后期正式采购时的技术资料。故本项目不发布结论性公告，评价结果仅作为内参使用。

**二、供应商邀请方式**

本次**古蔺县中医医院** 关于“信息科2024年无纸化病案系统项目市场询价”以发布公告方式邀请符合条件的生产厂家或区域总经销或生产商家授权方参与。

公告发布平台为**：**

古蔺县中医医院官网（http://www.glxzyyy.cn/）。

**三、参与本项目活动的供应商应具备的前提条件：**

1.供应商具有独立的民事责任能力，参与本次内部比选活动。

【1.1供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；未换证的提供“营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一的营业执照”；1.2若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；未换证的提交“事业法人登记证书、组织机构代码证”；1.3若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”；1.4.若为自然人的，提供身份证明材料。以上均为复印件】

2.根据相关法律法规规定：“采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动。**供应商为采购人、采购代理机构在确定采购需求、编制招标文件过程中提供咨询论证，其提供的咨询论证意见成为招标文件中规定的供应商资格条件、技术服务商务要求、评标因素和标准、政府采购合同等实质性内容条款的，视同为采购项目提供规范编制。**”故参与本项目的供应商（含个人）须提供承诺：参**与本项目的供应商及相关人员所在单位不得再参与本项目后续的采购活动。【提供承诺函原件，请各家产品销售环节慎重考虑】；**其参与本项目活动的供应商将无法参与本项目正式的政府采购活动投标，但不限制其在本项目推荐的产品参与采购活动。

**四、本项目报名时间及方式：**

**1.文件发售时间：自2024年3月27日至2024年4月7日上午9：00－12：00，下午14：00－17：00止（北京时间，节假日除外）**

2.报名方式：（1）现场报名；（2）网上报名（按要求提供资料，请先联系承办单位），本项目不收取报名费。

方式一：现场报名；报名须携带的资料：1.法定代表人授权委托书原件或公司介绍信原件（①法定代表人和授权代表签字；②项目名称、项目编号；③明确授权代表联系方式，以便采购会前告知是否达到开标条件；④法定代表人及授权代表的身份证复印件；以上报名资料均加盖公章）。

方式二：网络报名：1、填写《依法获取采购文件及项目报名登记表》（详见附件1）加盖公章，确保投标单位全称必须与公章名称保持一致。将《依法获取采购文件及项目报名登记表》扫描后以电子邮件方式传至代理机构指定邮箱后获取代理机构回执方视为报名成功。指定邮箱：405116906@qq.com；联系人：彭先生；联系方式：0830-7061776

3.递交响应文件份数：正本1份；副本2份；电子文档U盘1份；不须单独提供报价一览表，在响应文件中提供即可，在现场不进行唱标。电子文档必须为正本的扫描件（PDF格式），便于采购人后期归档保管。

4.响应文件外层密封袋的标注：项目名称、项目编号、供应商名称、年月日。

**五．递交活动响应文件截止时间：2024年4月8日下午14:30整。**

**递交活动响应文件接收时间：2024年4月8日下午14:00-14:30整。**

**六、本项目推荐模式：**

1.按要求递交推荐产品响应文件。

2.鼓励被推荐产品生产厂家技术人员现场讲解，讲解内容包含且不限于：

2.1.被推荐产品的技术优势或特点，性价比优势（配置清单及软件系统等），同类同级别产品的对比分析；

2.2.商务优势介绍，如质保期，重要配品配件质保期及价格；其他商务优势：培训等；

2.3.现场与采购人代表谈判；

3.其他增值服务或内容。

**注：供应商可以按批次推荐该批次中任一品目产品，并不强制按批次中所有品目产品。**

3.被推荐产品生产厂家技术人员现场提供PPT讲解，或被推荐产品关键技术实操视频分析，提供现场讲解。

**七、递交响应文件地点：古蔺县中医医院工会行政办公楼2楼会议室**

**具体地址：古蔺县落鸿路56号**

**八、联系方式**

联系人：彭先生

联系电话：18008228055

古蔺县中医医院

2024年3月27日

**附件1：无纸化病案系统项目清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 品目号 | 采购科室 | 市场调研对象 | 预采购数量单位 | 市场调研时间 | 项目概述 |
| 1 | 01-01 | 全院各科室 | 无纸化病案系统 | 1项 |  | 实现全院各科室病历无纸化管理，质控等，方案及报价需包含实现无纸化所需要的相关硬件设备、如扫描仪、移动签名版等。 |

**附件2：无纸化病案系统项目的基本要求**

**注：本项目为询价，采购人已经给出基本采购需求，供应商在给出的采购需求的基础上根据所投产品自行完善参数，并按给出的表格进行报价。**

**我院目前有11个临床住院科室，年出院人次在2万左右，临床相关业务科室电子病历系统、医生站 、电子签名较完善，现需实现临床病历和病案的无纸化管理。**

**附件3：报价时考虑的商务因素**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 软件运维期：软件自验收合格生效日起不少于1年，运维期内，如遇软件产品升级、改版，应提供更新、升级服务，所需费用包含在投标报价中。 |
| 2 | 硬件质保期（如涉及）：验收合格生效日起不少于1年。 |
| 3 | **报价要求：**供应商的报价是供应商响应本招标项目要求的全部工作内容的价格体现，包括供应商完成本项目所需的一切费用，采购人不再额外支付任何费用。投标报价包含且不限于以下内容：在实施及质保期间为确保系统正常运行的人工费（含驻场人员的工资社保差旅等所有费用）及系统运维费；实施及质保期间对采购人数据迁移工作（如有）的协助支持费用；培训费；税金；验收（若涉及第三方检测机构或人员检测）等所有在实施质保期间所产生的必要费用。 |

**附件4：依法获取采购文件及项目报名登记表**

**依法获取采购文件及项目报名登记表**

**项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位全称** |  | | | | | | | |
| **购买日期** |  | | | **推荐产品品目号及产品名称** | | |  | |
| **购买单位代表**  **姓 名** | **职 务** | **联系方式（必须如实填写）** | | | | | | |
| **办公室电话号码** | **手机号码** | | **传真号码** | **邮箱** | | **QQ** |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
| **投标单位法人**  **姓 名** | **职 务** | **联系方式（必须如实填写）** | | | | | | |
| **办公室电话号码** | **手机号码** | | **传真号码** | **邮箱** | | **QQ** |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
| **备注：**  **供应商须填写完成本表后加盖公章并扫描后在报名截止时间前以电子邮件方式传至指定邮箱405116906@qq.com后联系采购单位确认报名（本表中的投标单位全称必须与公章名称保持一致，否则视为无效报名），报名截止时间以后收到的报名信息为无效报名信息。** | | | | | | | | |

**附件5：响应文件格式：**

**响应文件格式**

**格式1-1**

**封面：**

**（正本/副本）**

**古蔺县中医医院信息科2024年无纸化病案系统项目市场询价**

**响 应 文 件**

**推荐产品品目名称：**

**供应商名称：**

**时间： 年 月 日**

**格式1-2 资格要求**

1.供应商具有独立的民事责任能力，参与本次内部比选活动。

【1.1供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；未换证的提供“营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一的营业执照”；1.2若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；未换证的提交“事业法人登记证书、组织机构代码证”；1.3若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”；1.4.若为自然人的，提供身份证明材料。以上均为复印件】

2.根据相关法律法规规定：“采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动。**供应商为采购人、采购代理机构在确定采购需求、编制招标文件过程中提供咨询论证，其提供的咨询论证意见成为招标文件中规定的供应商资格条件、技术服务商务要求、评标因素和标准、政府采购合同等实质性内容条款的，视同为采购项目提供规范编制。**”故参与本项目的供应商（含个人）须提供承诺：参**与本项目的供应商及相关人员所在单位不得再参与本项目后续的采购活动。【提供承诺函原件，请各家产品销售环节慎重考虑】；**其参与本项目活动的供应商将无法参与本项目正式的政府采购活动投标，但不限制其在本项目推荐的产品参与采购活动。

**格式1-3**

1. **供应商推荐产品总预算报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品目号** | **产品名称** | **数量单位** | **产品制造厂家** | **品牌** | **规格型号** | **单价（元）** | **小计金额（元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.供应商根据自身所投产品或服务进行报价，应尽可能地细化报价。2.如报价品目产品在上述报价表中不涉及的，填写“/”即可。

供应商名称：XXXX（单位盖章）。

日期： XXXX。

**格式1-4 近2年历史成交价格（非常重要）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 推荐产品品牌 | 规格型号 | 产品注册证名称 | 历史成交价格1 | 历史成交采购人名称 | 中标公告链接 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 注：这张表格非常重要，供采购人了解历史成交价格，以便最终确定采购控制价。此表后面附上同类产品历史中标价的中标公告截图。（尽量能证明出单品历史成交价格）

供应商名称：XXXX（单位盖章）。

日期： XXXX。

**格式1-5**

**商务应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **文件要求** | **推荐供应商应答** | **响应/偏离** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 | ... | ... | ... |

供应商名称：XXXX（单位盖章）。

日期： XXXX。

**格式1-6**

**推荐产品技术参数表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **采购文件要求参数** | **供应商自身推荐参数** | **产品具有明显的优势说明（无法填写时，可以用“/”代替）** | **技术人员联系方式** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

1.请后附上每个相关产品的厂家宣传图册或产品说明书或产品官网截图

2.供应商所推荐的产品和技术参数有先进的，可以文字进行描述，以供采购人内部择优选择时参考。“推荐参数”越符合政府采购要求对推荐产品越有利。推荐参数批注关键参数符号，以便突出产品差异化或优势。

3.留下技术人员联系方式，在择优过程中，采购人有可能电话垂询。