JDFYCG-2022003

**扬州市江都妇幼保健院医院信息系统新需求开发服务项目询价文件**

****

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

发放日期：2022年3月29日

目 录

一、询价公告

二、投标人须知前附表

三、报价明细表

四、技术要求响应偏离表

五、附件

**JDFYCG-2022003扬州市江都妇幼保健院医院信息系统新需求开发服务项目**

**询价公告**

**项目编号：JDFYCG-2022003**

江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司受扬州市江都妇幼保健院医院委托需采购医院信息系统新需求开发服务，现欢迎符合相关条件的供应商参加。

**（一）项目采购要求：**

投标人要求：投标人须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的条件；

投标人在投标报价时，请提供标书**正本1份/副本2份**，内含以下内容：

1、报价明细表（原件）；

2、法人营业执照（复印件加盖投标人公章）；

3、法定代表人资格证明或法定代表人有效授权委托书（原件及复印件加盖投标人公章）；

4、授权代表身份证（原件及复印件加盖投标人公章）；

5、服务要求响应偏离表（加盖公章）；

6、承诺书（格式详见附件3，加盖公章）；

7、参加采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（格式详见附件4，加盖公章）；

8、供应商廉洁自律承诺书（格式详见附件5，加盖公章）。

**注：以上所需原件资料在开标时均须提供原件，如不能提供原件，将导致投标被拒绝且不允许在开标后补正。标书内容不全或不能满足采购要求的作无效报价文件。**

**（二）投标保证金：人民币捌佰元整。**

（1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以**现金**的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。

（2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。

**（三）供应商参加投标确认函（格式详见附件6）**

如供应商确定参加投标，请如实填写参与投标确认函，并于2022年3月31日下午5:00前将投标确认函原件的扫描件发送至代理机构指定电子邮箱（联系电话0514-86663195，邮箱380996306@qq.com），同时需与采购代理机构经办人确认是否收到《供应商参加投标确认函》，否则将自行承担所产生的风险。未提交确认函者、超过时限者不得前来投标**（开标时投标确认函原件须随投标文件一起递交，否则投标文件可能被拒收）**，确认函内容不全者后果自负。

（四）请在规定时间内一次性报出不得更改的价格。本项目投标最高限价**7.5万元**，投标报价高于最高限价的为无效报价。（清单及技术参数详见附件）

（五）拒绝下述供应商参加本次采购活动：

1、供应商单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动。

2、凡为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，不得再参加该项目的其他采购活动。

3、供应商被“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”(www.ccgp.gov.cn)列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

（六）集中考察或召开答疑会：无

（七）本项目不接受联合体投标

（八）本项目不接受进口产品投标

（九）实施周期：15天。

（十）付款方式：项目实施完成后，一年内付清。

（十一）开标相关信息：

**投标文件(正本1份/副本2份)请于投标截止时间前密封盖章送至投标文件接收地点，逾期将不予接收。**

投标文件开始接收时间：2022年4月1日下午2:00(北京时间)

投标文件接受截止时间：2022年4月1日下午2:30(北京时间)

投标文件接收地点：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司（扬州市江都区阳光花苑南区西门二楼开标室）

开标时间：2022年4月1日下午2:30(北京时间)

（十二）本公告期限：自询价公告在“扬州市江都妇幼保健院”网站发布之日起3个工作日。

本次项目的最终结果，将在网站上公示三天，如参加公司对最终结果有异议，请以书面形式向我单位进行申诉。

采购人：扬州市江都妇幼保健院 采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

采购人联系人：巫先生 13625208088 采购代理机构联系人：郭女士 0514-86663195

**供应商授权代表须无条件服从招标代理机构场内交易服务疫情防控措施，入场前进行实名登记、接受体温测量、自行戴好口罩、做好手部卫生消毒和响应文件等消毒防护，主动向招标代理机构说明近一周的个人身体情况、发热病人接触史以及近14天内的旅行史较重疫区的旅行史，出示行程码及健康码且符合防控要求，所产生的后果由投标人自行承担。**

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

2022年3月29日

**二、投标人须知前附表**

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 内容 |
| 1 | 项目名称：扬州市江都妇幼保健院医院信息系统新需求开发服务项目  项目编号：JDFYCG-2022003  采购人：扬州市江都妇幼保健院  采购方式：询价 |
| 2 | 供应商资格要求：  1、投标供应商须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定；  2、本项目不接受联合体投标；  3、本项目不接受进口产品投标。 |
| 3 | 投标文件开始接收时间：2022年4月1日下午2:00(北京时间)  投标文件接受截止时间：2022年4月1日下午2:30(北京时间)  开标时间：2022年4月1日下午2:30(北京时间)  投标文件递交地点：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司二楼开标室  投标文件递交地址：扬州市江都区阳光花苑南区西门  投标文件份数：**正本1份/副本2份**  采购人：巫先生，联系方式：13625208088，采购代理机构：郭女士，联系方式：0514-86663195 |
| 4 | **投标保证金：人民币捌佰元整。**  （1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以现金的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。  （2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。 |
| 5 | 评标办法：最低评标价法。 |
| 6 | 费用的解释：  1、投标供应商应自行承担所有与参加本次询价有关的费用。不论询价的结果如何，采购代理机构和采购人在任何情况下均无义务和责任承担这些费用。  2、本项目询价文件投标供应商须缴纳资料费300元/份，开标时现金支付，不退还。  3、招标代理费  本项目按发改价[2011]534号文件支付招标代理费用，由成交供应商在领取成交确认书前一次性支付给招标代理机构。  （1）招标代理费支付方式：招标代理费一次性以电汇、转账、现金等形式支付；  （2）招标代理费包含在投标总价中，但不在投标总价中单列，由成交供应商在领取成交确认书前，向招标代理机构一次性付清。 |

**报价明细表**

致：扬州市江都妇幼保健院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标包号 | 采购项目 | 品牌/型号/详细技术要求 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 合价（元） | 备注 |
| 1 | 医院信息系统新需求开发服务 | 详见附件 | 1 | 项 |  |  |  |
| 合计报价：人民币（大写）： ，￥（小写）： | | | | | | | |
| 实施周期：15天。 | | | | | | | |
| 备注：  1、符合招标公告要求的生产厂商或经销商，按公告要求提供证明材料原件。  2、投标报价应为完成本次采购与之相关所需的全部费用，包括但不限于：设备-运输-保险-安装-调试-售后服务-税金等费用。  3、投标人所供产品及配件须符合国家相应的有关标准、规范和要求。 | | | | | | | |

供应商名称（公章）： 报价联系人： 联系电话：

**服务要求响应偏离表**

投标人名称（公章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招标要求 | 投标响应 | 偏离情况 | 说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

法定代表人或授权代表签字：

**注：1、投标人投标时须提供以上技术要求响应偏离表并加盖投标人公章。**

**2、投标供应商应按照询价文件中技术要求逐项、详细、真实的填写，不允许缺项，不允许负偏离，否则将作无效投标处理。**

3、此表格可自行扩展。行数不够可以添加，有具体参数的应填写详细参数，否则该投标可能被拒绝。

**附件1:**

**医院信息系统新需求开发服务技术要求**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **系统名称** |
| 1 | 平台药品医用耗材数据 |
| 2 | 药品使用监测数据采集报送 |

**总体技术要求如下：**

1. 平台药品医用耗材数据
2. 项目背景

为推进药品、医用耗材阳光采购政策执行，全省第二轮药品、医用耗材阳光采购专项督查即将展开，各地报送2021 年度公立医疗机构药品、医用耗材采购及使用数据。

1. 报送范围

2021年1月1日至12月31日，全省二级及以上公立医疗机构药品、医用耗材采购及使用数据。

1. 报送内容
2. 采购情况汇总表

根据院内药品、医用耗材采购管理系统数据，医疗机构填报2021年度采购情况汇总表，提请院领导签字并盖章后报医保部门，汇总表电子版一并提交。

1. 字段数据库备份

根据医疗机构药品、医用耗材采购以及使用数据提取要求，从药品、医用耗材采购管理系统、院内收费系统、物料管理系统等信息系统中分别提取相关字段信息，以数据库备份形式上报至医保部门。

1. 药品使用监测数据采集报送
2. 报送内容

本次数据采集报送内容为2021年1月1日至12月31日期间，医疗卫生机构药品配备品种、使用数量、采购价格、供应配送等配备使用情况。采集报送品种包括化学药品、生物制剂和中成药，中药饮片和院内制剂不采集报送。

1. 报送方式

根据各医疗卫生机构与省全民健康信息平台（以下简称省平台）对接情况，分两种方式报送：

1. 已与省平台对接的三级公立医院。通过医院信息系统直接填报完成数据报送。
2. 未与省平台对接的医疗卫生机构。通过登录监测系统完成数据报送和汇总分析。
3. 相关工作要求
4. 加强组织领导。各级卫生健康行政部门要高度重视药品使用监测工作，加强组织领导，明确专人负责，督促各医疗卫生机构严格按照总体安排、规定时限和规范要求，准确高效完成2021年度药品使用监测数据采集报送工作。基层医疗卫生机构信息化基础薄弱，各县（市、区）卫生健康行政部门要加强统筹规划，做好药品使用监测数据采集组织管理，充分利用统一建设的基层卫生信息系统等资源开展YPID集中比对，减轻基层工作负担。
5. 确保数据准确完整。此次医疗卫生机构药品使用监测数据采集工作时间紧任务重，涉及范围广，质量要求高，各级卫生健康部门要指导医疗卫生机构严格按照范围内容和指标数据要求采集整理数据信息，确保数据真实完整。各级医疗卫生机构要指定专人负责，协调信息管理等部门密切配合，提高工作效率。

完善联络人信息。各设区市卫生健康行政部门根据报送单位全覆盖的要求，在上年度报送单位信息基础上进行增加、修改或变更，分别填写附件1、2、3有关内容。

**附件2：**

**（一）法定代表人资格证明**

本人姓名： ，身份证号： ，系 （投标供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

法定代表人签字:

投标供应商：（盖章）

日期: 年 月 日

**（二）法定代表人授权书**

本授权书声明:兹（姓名）系 (投标供应商名称) 的法定代表人，现授权(授权代表姓名) 为我方就 （项目编号及项目名称） 项目的询价采购活动的合法代理人，以本公司名义全权处理一切与该项目有关的事务均予以承认。

本授权书于 年 月 日签字或盖章生效，有效期至 结束。

特此声明。

法定代表人签字：

法定代表人身份证号：

授权代表签字：

授权代表人身份证号：

投标供应商名称(公章):

日期: 年 月 日

附：法定代表人及授权代表身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**附件3：**

**承诺书（格式）**

我单位在参加（项目编号及项目名称）的采购活动中，郑重承诺如下：

1、本次采购活动中我单位申报的所有资料都是真实、准确完整的，不存在虚假响应。

2、本次采购活动中我单位所提供的技术要求和服务均满足采购人要求，且所提供的服务均为真实有效的。

如违反以上承诺，我单位同意自动放弃中标资格，承担一切法律责任并接受相关监督管理部门依法作出的处罚。

投标人名称：（盖章）

法定代表人（或授权代表）：（签字）

日期： 年 月 日

**附件4：**

**参加采购活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(参考格式)**

**声 明**

我公司郑重声明：参加本次采购活动前 3 年内，我公司在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。

投标供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表签字：

**附件5:**

# 供应商廉洁自律承诺书

本次医院招标是实行公开、公平、公正的阳光工程，给予了每个供应商平等竞争的机会。作为参与此次交易活动的供应商,我公司现郑重做出以下承诺：

一、遵守《中华人民共和国政府采购法》及省、市有关公共资源交易中心的各项法律、法规和制度。

二、客观真实反映自身情况，按规定接受医院供应商资格审查, 不提供虚假材料，不夸大自身技术和提供服务的能力。

三、以合法正当的手段参与医院采购的公平竞争。不与采购人、其他供应商或者采购代理机构恶意串通，不以不正当手段诋毁、排挤其他供应商，不向采购人、采购代理机构、评审机构行贿或者提供其他不正当利益。

四、认真履行规定义务,包括:遵守采购程序，按要求编写投标、响应文件，并保证投标、响应文件内容的真实可靠；按时递交投标、响应文件，缴纳相关保证金；在评标现场遵守相关纪律，不影响正常的采购秩序；按规定的时间和程序与采购人签订采购合同；按时缴纳履约保证金，并严格履行合同。

五、向采购人、采购代理机构行贿或者提供其他不正当利益的；销售活动中坚决做到“六不”：不得直接向医疗机构和相关人员推销和促销；不得在私人住宅、旅店、饭店和娱乐等不适当的场所与医疗机构相关人员或代理人洽谈有关药品采购事宜；不得以任何理由向需方行贿或馈赠礼品；不得以任何名义为需方报支应由单位或个人支付的任何费用；不得以任何理由组织或邀请需方人员参加由本方或供销人员支付的旅游和娱乐活动；不得将与需方采购的经济活动交于需方和需方代理人的相关人员的家属、亲友从事或代理。如发生上述情况，需方有权停止支付我方货款,并处经相关部门认可的违法金额5倍的罚款；造成损失的,应予赔偿；并且三年内不进入需方销售。

六、自觉接受相关部门的监督检查。

如违反以上承诺，我公司愿承担一切法律责任，并接受医院及相关部门依法作出的处罚。

承诺单位（盖章）

法定代表人（或授权代表）签字

年 月 日

**附件6:**

**供应商参加投标确认函**

江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司：

本单位将参加贵公司于 月 日开标的采购编号为 的 项目的投标，特发函确认。

　　　　　　 　 （单位公章）

　　　　　　　　　　　　　 　年　　　月　　　日

附：

**供应商联系表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 邮 编 |  |
| 单位电话 |  | 传真号码 |  |
| 项目联系人 |  | 邮 箱 |  |
| 联系人电话 |  | 联系人手机 |  |
| 所投分包 |  | | |

**备注：1、请准备参与本项目的供应商如实填写（以上信息均为必填内容）后邮件至采购代理机构（邮 箱：****380996306@qq.com，固定电话：0514-86663195。）**

**2、因投标人填写有误，造成以上信息资料的不实将由投标人承担责任。**