三台县人民医院

关于“2025年信息化项目”的市场调研

我院因工作需要，拟对“2025年信息化项目”进行市场调研，欢迎各潜在供应商报名参加，本次市场调研要求如下：

**一、 项目清单及要求**

**1、项目名称、数量**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量（台/件/套/次） |
| 1 | 三医监管三期 | 1 |
| 2 | 软件接口改造费 | 1 |
| 3 | 采购管理系统（二期） | 1 |
| 4 | 人工智能影像辅助诊断系统（7个模块） | 1 |
| 5 | 物资管理系统 | 1 |
| 6 | 数字化护理平台 | 1 |
| 7 | 无纸化病案管理系统 | 1 |
| 8 | 统一运维平台 | 1 |
| 9 | 床旁结算系统 | 1 |
| 10 | 智能审核系统 | 1 |
| 11 | 体检自助系统 | 1 |
| 12 | 智能会议系统 | 1 |
| 13 | 超融合系统 | 1 |
| 14 | 4K数字化手术室系统 | 1 |
| 15 | 四川省HIV检测信息系统对接改造 | 1 |
| 16 | 输血管理系统与血站对接改造 | 1 |
| 17 | HIS系统改造 | 1 |
| 18 | 血液透析管理系统改造 | 1 |
| 19 | 软件及硬件维护费 | 1 |
| 20 | HIS、LIS、PACS、集成平台、互联网医院系统三级等保测评，急诊、手麻、体检系统二级等保及密评 | 1 |
| 21 | 公用WiFi服务费（三年） | 1 |
| 22 | 5G专网 | 1 |
| 23 | 信息化项目监理服务 | 1 |
| 24 | 信息化项目设计服务 | 1 |
| 25 | 信息化项目造价服务 | 1 |
| 26 | 网络工程服务（年度） | 1 |
| 27 | 消毒供应追溯系统配套专用耗材（3年） | 1 |
| 28 | 会议一体机 | 3 |
| 29 | 云桌面 | 130 |
| 30 | 残疾人手语翻译器 | 1 |
| 31 | 移动护理推车 | 4 |
| 32 | 电脑周边配件及耗材（3年） | 1 |
| 33 | 远程运维一体机（软件+硬件） | 1 |
| 34 | 120指挥中心硬件 | 1 |

**二、供应商资格要求简要说明：**

1. 具备独立承担民事责任的能力；

2. 在中国境内注册并且有独立法人资格的企业；

3. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

4. 具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

5. 参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6. 本项目不接受联合体投标。

**三、供应商应递交的资料**

1、承诺函；（附件1）

2、授权委托书；（附件2）

3、报价单；（附件3）

4、法人和被授权人员身份证复印件；

5、公司及人员资质证明文件；

6、类似服务应用的业绩【分类别（已购买、正在试用）提供三甲医院客户名单。】；

7、提供具体方案（包含硬件品牌、型号、参数和技术服务参数等）。

**四、报名要求**

1、按要求填写资料 (请于文末下载附件模板)。

2、纸质资料：将资料按照第三条要求顺序排列并编页码装订成册，首页需要留**项目名称（须与调研文件列表名称一致）、公司名称、联系人及联系电话**,加盖公司鲜章后邮寄（顺丰快递）至落款地址。

**★3、同一公司参加多个项目调研时,需分别准备资料。**

**★**4、按要求递交资料视为报名成功，未按照以上要求提供资料视为无效。

**五、调研安排**

截止日期后医院将根据具体情况及时开展调研工作，请保持预留通讯畅通，否则视为放弃本次调研。

三台县人民医院信息管理科

2025年02月25日

咨询联系人及电话：吴老师13547147144

**接受咨询时间：法定工作日9:00-12:00， 15:00-18:00**

快递地址、联系人及电话：绵阳市三台县人民医院信息管理科，吴老师13547147144。

接收资料截止日期： 2025年03月21日17:30。

附件1:

**承 诺 函**

三台县人民医院：

经研究，我方决定参加贵院 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是比选的唯一条件，贵院有选择性价比高的产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关市场调研的各项规定。

公司名称（公章）:

授权代表签字：

年 月 日

附件2：

**法定代表人授权委托书**

三台县人民医院：

 （报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（医院名称）项目市场调研活动的一切事宜。

特此授权。

公司名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

附件3:

**报 价 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **价格（万元）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 合计 | 小写： | 大写： |

公司名称（公章）:

授权代表签字：

联系电话：

年 月 日