

成都市第五人民医院
门急诊信息页改造项目（第二次）

采
购
文
件

项目编号：FC-2024-086

采购人：成都市第五人民医院

二〇二五年一月

目 录

第一章 比选邀请	2
第二章 供应商须知	5
第三章 供应商资格审查及符合性审查	9
第四章 采购需求	13
第五章 评分标准	16
第六章 响应文件格式	17

第一章 比选邀请

序号	应知事项	说明和要求
1	采购人	成都市第五人民医院
2	项目名称	成都市第五人民医院门急诊信息页改造项目（第二次）
3	项目编号	FC-2024-086
4	采购需求	详见采购文件第四章
5	项目预算 (实质性要求)	5.2 万元。 超过采购预算的报价为无效报价。
6	最高限价 (实质性要求)	5.2 万元。 超过最高限价的报价为无效报价。
7	邀请方式	成都市第五人民医院官方网站和四川招标投标网上以公告形式发布
8	资格要求 (实质性要求)	1、满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定： 2、本项目的特定资格要求：无。
9	联合体 (实质性要求)	<input type="checkbox"/> 接受 <input checked="" type="checkbox"/> 不接受
10	合同分包、转包 (实质性要求)	<input type="checkbox"/> 接受 <input checked="" type="checkbox"/> 不接受
11	现场踏勘	<input checked="" type="checkbox"/> 不举行 <input type="checkbox"/> 举行 (1) 踏勘签到时间： (2) 踏勘签到地址： (3) 踏勘时间： (4) 联系人： (5) 联系电话： 注：供应商自行前往踏勘地点，所产生的费用由供应商自行承担。 参与投标默认为已经踏勘完成，如因供应商未踏勘现场所引起的不利

		因素以及相关安全责任等问题均由供应商自行负责。
12	比选有效期 (实质性要求)	120天。比选有效期内供应商不得对其报价及相关承诺进行实质性变更，否则将被列入医院黑名单并追究其违约责任。响应文件中载明的响应文件有效期可以长于采购文件规定的期限，但不得短于采购文件规定的期限。否则，其响应文件将作为无效处理。
13	答疑会	<input type="checkbox"/> 组织 <input checked="" type="checkbox"/> 不组织
14	比选保证金	<input checked="" type="checkbox"/> 不收取
15	履约保证金	<input checked="" type="checkbox"/> 不收取
16	评审方式	<input type="checkbox"/> 综合评分法 通过资格、符合性审查且满足采购文件全部实质性要求的供应商达到比选条件，评审小组按照评审因素进行评分， 得分最高 的供应商为成交供应商。若得分相同则报价最低的为成交供应商，若报价相同且所有技术、服务及商务要求响应情况均一致则采取随机抽取的方式确定成交供应商。 <input checked="" type="checkbox"/> 最低评标价法 通过资格、符合性审查且所有技术参数要求和商务要求均符合要求的供应商达到比选条件，评审小组按照最终报价进行评审， 最终报价最低 的供应商为成交供应商。若报价相同且所有技术、服务及商务要求响应情况均一致则采取随机抽取的方式确定成交供应商。
17	报名时间	2025年01月16日至2025年01月22日(法定公休日、法定节假日除外) 上午9:00-下午17:00
18	报名方式	供应商应通过云招采供应平台线上报名，报名链接： https://mk.cd5120.cn:28083 ，报名资料加盖单位公章以PDF扫描件的形式上传。
19	采购文件 获取方式	供应商应通过成都市第五人民医院官方网站(网址： www.cd5120.cn)和四川招投标网(网址： http://www.scbid.com/)发布的采购公告 免费 获取采购文件。
20	响应文件	<input checked="" type="checkbox"/> 线上提交：

	<p>提交方式 (实质性要求)</p>	<p>供应商应通过云招采供应平台在提交响应文件截止时间前填写首次报价（加密）并提交电子版响应文件（加密）。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>现场提交：</p> <p>（1）纸质版响应文件应在提交响应文件截止时间前送达比选地点；</p> <p>（2）文件份数：正本1份、副本_1_份</p> <p>（3）递交响应文件截止时间：另行通知，以比选时间公告为准。</p> <p>（4）比选地点：成都市第五人民医院（成都市温江区麻市街33号），具体地点以比选时间公告为准。</p> <p>注：供应商可在报名审核后及时进行响应文件的编制，以确保在提交响应文件截止时间前提交；电子版响应文件与纸质版响应文件必须一致，若有一致，以纸质版响应文件为准，在最终确认表上作出书面澄清。</p> <p>未按方式提交或逾期送达或没有密封的响应文件恕不接收</p>
21	<p>联系方式</p>	<p>（1）采购部门：医学工程部 联系方式：彭老师 028-82782640</p> <p>（2）项目主管部门：信息统计部 联系方式：张老师</p> <p>（3）监督部门：审计部 联系方式：028-82724310</p> <p>（4）医院招采平台-云招采供应平台：技术支持 400-8881345</p>

第二章 供应商须知

序号	应知事项	说明和要求
1	报价	<p>(1) 本项目报价统一使用人民币报价；</p> <p>(2) 报价应是完成比选项目全部工作内容的价格体现，是最终用户验收合格后的总价，包含了供应商完成本项目所需的一切费用，即项目包干价。</p>
2	响应文件编制要求 (实质性要求)	<p>(1) 响应文件的格式</p> <p>供应商应仔细阅读本采购文件，按采购文件第六章“响应文件格式”进行编制，供应商在编制响应文件时应使用该章所附格式；该章未规定格式的，由供应商根据实际情况自主编制，但不得影响响应文件内容的完整性和有效性；供应商应在“响应文件格式”前附文件索引表、目录；</p> <p>(2) 响应文件的语言</p> <p>1. 采购人和供应商之间的所有函件往来必须使用汉语语言文字。响应文件中如附有外文资料，必须逐一对应翻译成中文并加盖供应商公章后附在相关外文资料后面，否则，所提供的外文资料将被视为无效材料（说明：供应商的法定代表人为外籍人士的，法定代表人的签字和护照除外）；</p> <p>2. 翻译的中文资料与外文资料如果出现差异和矛盾时，以中文为准，如因未翻译而造成的无效，由供应商承担；</p> <p>(3) 响应文件的签署、盖章</p> <p>响应文件应根据采购文件的要求签署、盖章。</p>
3	响应文件的密封和标注	<p>(1) 供应商应在纸质版响应文件正本和副本的封面上注明供应商名称、项目编号、项目名称，并分别标上“正本”、“副本”字样。</p> <p>(2) 纸质版响应文件包括正本、副本，响应文件副本可采用正本的复印件。响应文件应当密封，注明供应商名称、项目编号、项目名称。</p>
4	合格供应商 (实质性要求)	<p>(1) 具备法律法规和本采购文件规定的资格条件；</p> <p>(2) 不属于禁止参加本项目采购活动的供应商；</p> <p>(3) 在医院招采平台-云招采供应平台上向采购人提交了报名资料并</p>

序号	应知事项	说明和要求
		审核通过（流标后再次挂网采购的项目仍旧需再次报名）。
5	比选程序	<p>（1）供应商在提交响应文件截止时间前线上填写首次报价（加密）并提交电子版响应文件（加密），并在比选当天提交响应文件截止时间前扫描二维码签到，同时现场递交纸质版响应文件。</p> <p>（2）采购人检查供应商递交的响应文件密封情况，供应商现场对电子版响应文件解密，确认后由供应商授权代表签字确认。</p> <p>（3）评审小组根据采购文件对供应商的响应文件进行资格审查、符合性审查及其他有效性审查。若项目为第一次挂网比选，审查合格的供应商应满足3家以上（含3家），评审小组与合格的供应商进行谈判；合格供应商不足3家的不得进行下一步评审。若项目非第一次挂网比选，评审小组与合格的供应商进行谈判，不受数量限制。</p> <p>（4）根据供应商扫码签到时随机获取的签到码顺序，评审小组逐一与通过资格审查和符合性审查的供应商进行谈判，要求供应商提供最终报价作为有效报价参与评审。供应商最终报价不得高于响应文件首次报价；供应商通过云招采供应平台填写最终报价及补充承诺，同时扫描上传纸质版最终确认表（加盖单位鲜章，最终报价须一致）一并提交，经评审小组确认无误后方可离场。</p> <p>（5）评审小组对通过资格审查和符合性审查的供应商进行评审，按照评审办法确定候选成交供应商。</p> <p>（6）比选当日，供应商应保证响应文件中所写明的法定代表人或委托代理人的联系方式的畅通，并确保其具备与采购人就本项目进行谈判及在我单位的招采平台-云招采供应平台上进行操作等条件。</p>
6	货物质量要求 (实质性要求)	<p>（1）供应商响应货物均为经检验合格的生产厂家原装全新合格产品，供应商承诺的质量、技术和其他要求，符合国家相关的质量标准和出厂标准并提供产品合格证；</p> <p>（2）若出现质量问题，供应商负责按照采购人要求办理退货并承担因货物质量导致的经济和法律责任；</p> <p>（3）国家或行业主管部门对供应商和采购产品的技术标准、质量标准</p>

序号	应知事项	说明和要求
		和资格资质条件等有强制性规定的，应当符合其要求。
7	服务质量要求 (实质性要求)	<p>(1) 符合本采购文件及采购人承诺的质量、技术和其他要求，符合国家相关的质量标准和出厂标准；</p> <p>(2) 国家或行业主管部门对供应商和服务的技术标准和资格资质条件等有强制性规定的，应当符合其要求。</p>
8	知识产权要求 (实质性要求)	<p>(1) 供应商应保证在本项目中使用的任何技术、产品和服务（包括部分使用），不会产生因第三方提出侵犯其专利权、商标权或其它知识产权而引起的法律和经济纠纷，如因专利权、商标权或其它知识产权而引起法律和经济纠纷，由供应商承担所有相关责任。除非采购文件特别规定，采购人享有本项目实施过程中产生的知识成果及知识产权；</p> <p>(2) 供应商将在比选项目实施过程中采用自有或者第三方知识成果的，使用该知识成果后，供应商需提供开发接口和开发手册等技术资料，并承诺提供无限期支持，采购人享有使用权（含采购人委托第三方在该项目后续开发的使用权）；</p> <p>(3) 如采用供应商所不拥有的知识产权，则在报价中必须包括合法获取该知识产权的相关费用。</p>
9	供应商纪律要求 (实质性要求)	<p>(1) 比选申请人参加比选不得有下列情形：</p> <p>①提供虚假材料谋取成交资格；</p> <p>②采取不正当手段诋毁、排挤其他比选申请人；</p> <p>③与采购人、其他比选申请人恶意串通；</p> <p>④向采购人、评审小组成员行贿或者提供其他不正当利益；</p> <p>⑤拒绝有关部门的监督检查或者向监督检查部门提供虚假情况；</p> <p>⑥采购人到成交供应商现场查验，发现有与响应文件承诺不符的情况。</p> <p>⑦法律法规规定的其他情形。</p> <p>有上述情形之一的比选申请人，属于不合格比选申请人，其比选申请人或成交资格将被取消。</p> <p>(2) 有下列情形之一的，视为供应商串通投标：</p>

序号	应知事项	说明和要求
		①不同供应商的响应文件由同一单位或者个人编制； ②不同供应商委托同一单位或者个人办理投标事宜； ③不同供应商的投标文件载明的项目管理成员或者联系人员为同一人； ④不同供应商的投标文件异常一致或者投标报价呈规律性差异； ⑤不同供应商的投标文件相互混装。 ⑥法律法规规定的其他情形。
10	充分、公平竞争保障措施（实质性要求）	（1）利害关系供应商处理。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采购活动。（提供承诺函） （2）前期参与供应商处理。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，不得再参加该采购项目的其他采购活动。（提供承诺函） （3）利害关系代理人处理。2家以上的供应商不得在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为其代理人，否则，其响应文件作为无效处理。（提供承诺函）
11	禁止参加本次采购活动的供应商（实质性要求）	（1）根据《关于在政府采购活动中查询及使用信用记录有关问题的通知》（财库〔2016〕125号）的要求，采购人将通过“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（www.ccgp.gov.cn）等渠道查询供应商在递交响应文件截止之日前的信用记录并保存信用记录结果网页截图，拒绝列入失信被执行人名单、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中的供应商报名参加本项目的采购活动（以联合体形式参加本项目采购活动，联合体成员存在不良信用记录的，视同联合体存在不良信用记录）。 （2）列入医院黑名单库的供应商不能参加本项目的采购活动。
12	采购文件澄清、修改	采购人在采购期间发出的一切澄清、修改均为采购文件的有效组成部分。
13	供应商质疑	向采购人书面提出。
14	成交公告及合同签	（1）比选完成后，采购人在医院官网（网址：www.cd5120.com）上发

序号	应知事项	说明和要求
	订	<p>布评审结果公告，同时在云招采供应平台上向成交供应商推送成交信息；</p> <p>(2) 请成交供应商在结果公告发出次日起三个工作日后，联系项目主管部门沟通合同签订事宜。</p> <p>(3) 若成交供应商以非正当理由放弃成交，将列入医院“黑名单”，不得参与本单位的采购活动。</p>
15	实质性响应	<p>供应商应满足采购文件所有实质性要求，不满足将被作为无效响应处理。</p>

第三章 供应商资格审查及符合性审查

资格审查			
序号	资格审查项	通过条件	结论
1	具有独立承担民事责任的能力	<p>(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”；</p> <p>(2) 若为分单位，除提供总单位和分单位的“营业执照”以外，还需提供总单位授权分单位参与本项目采购活动相关事宜的授权证明；</p> <p>(3) 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”；</p> <p>(4) 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”；</p> <p>(5) 若为自然人：提供“身份证明材料”。</p>	
2	法定代表人身份证明书或法定代表人授权委托书	<p>(1) 法定代表人参与：提供法定代表人身份证明书及其身份证复印件加盖公章。</p> <p>(2) 授权代表参与：提供法定代表人授权委托书以及法定代表人和授权代表的身份证复印件加盖公章。</p> <p>注：格式见第六章“法定代表人身份证明书”以及法定代表人授权委托书。</p>	
3	具有健全的财务会计制度	<p>提供承诺函 (注：格式见第六章承诺函)</p>	
4	具有履行合同所必需的设备和专业技术能力		
5	有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录		
6	具有良好的商业信誉		
7	参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没		

资格审查			
序号	资格审查项	通过条件	结论
	有重大违法记录		
8	法律、行政法规规定的 其他条件		
9	本项目特定资格条件： 无。	如涉及，提供证明材料。	

符合性审查			
序号	符合性审查项	通过条件	结论
1	采购文件中实质性要求	供应商符合第四章“★”的条款（若涉及）	
2	响应文件编制	符合响应文件提交方式及响应文件编制要求的实质性要求； 注：供应商无需另行提供证明材料	
3	签字、盖章	符合采购文件要求； 注：供应商无需另行提供证明材料	
4	报价	符合采购文件报价要求； 注：供应商无需另行提供证明材料	

第四章 采购需求

一、项目概述

根据国家卫健委医政司发布《关于印发门（急）诊诊疗信息页质量管理规定（试行）的通知》的相关要求，成都市第五人民医院拟比选一家供应商为现有门急诊信息页提供改造技术服务。本项目共 1 个包。

★二、采购清单

序号	项目	单位	数量	预算单价 (万元)	预算总价 (万元)
1	门急诊信息页改造项目 (第二次)	项	1	5.2	5.2

★三、技术服务要求

(一) 技术参数

1、门急诊诊疗信息页（以下简称信息页）是医院根据门急诊病历和患者在本院门急诊就诊期间产生的各项信息汇总形成的反映患者本次就诊过程的信息摘要，包括患者基本信息、就诊过程信息、诊疗信息以及费用信息等。

2、门诊诊信息页不纳入门急诊病历，以电子数据集或电子文档等适当形式保存。

3、信息页相关信息由医院根据实际情况在本院相应的部门或系统记录。其中，患者基本信息应当于患者首次在本院就诊时完整采集，并在患者再次就诊时更新，保障相关信息准确性。

4、在患者每次诊疗活动结束后生成信息页。其中，本次就诊期间未采集或不涉及的项目以“—”替代；未使用信息系统采集的门急诊相关信息，暂不纳入汇总范畴。

5、患者基本信息包括姓名、性别、出生日期、婚姻状态、国籍、民族、有效身份证件类型及号码、现住址、联系电话、药物或其他过敏史、就诊卡号/病案号等内容。

6、婚姻状态：指患者在本次门急诊就诊时的婚姻状态。可分为：未婚、已婚、丧偶、离婚、其他。

7、国籍：参考《GB/T 2659.1-2022 世界各国和地区及其行政区划名称代码 第1部分：国家和地区代码》。

8、民族：参考《GB/T 3304-1991 中国各民族名称的罗马字母拼写法和代码》。

9、证件类型与证件号码：据实填写患者有效身份证件及证件号码。证件类型有：（1）居民身份证；（2）中国人民解放军军人身份证件；（3）中国人民武装警察身份证件；（4）港澳居民来往内地通行证；（5）台湾居民来往大陆通行证；（6）护照；（7）外国人永久居住证；（8）其他。

10、现住址：指患者来院就诊前实际居住半年以上的常住地址。

11、联系电话：指患者或其联系人的联系电话。

12、药物或其他过敏史：指患者在本次门急诊就诊以及既往就诊过程中，明确的药物或其他过敏史，并采集引发过敏反应的具体药物或其他过敏原，如：青霉素、芒果、花粉等。

13、就诊卡号或病案号：指本院在实名就诊的基础上，为患者门急诊病案设置与身份证明编号相关联的唯一性标识号码，保障患者就诊信息可检索汇总。

14、医院信息包括医院名称和统一社会信用代码。医院名称是指《医疗机构执业许可证》登记的机构名称。统一社会信用代码是由行政部门核发的一组长度为18位的用于法人和其他组织身份识别的代码。

15、挂号时间：指患者提交挂号申请，形成号条或就诊序号时的时间。

16、报到时间：指患者到达医院或诊室的时间。配备有报（签）到信息系统的医院，采集系统记录时间。

17、就诊时间：指医师开始接诊的时间。采用信息系统的医院，采集医师在系统上确认开始接诊时间。

18、就诊科室：指患者门诊挂号对应的医院内设科室或部门，以医院对相关科室或部门实际命名为准。

19、接诊医师：指实际接诊患者的医师姓名。诊疗过程涉及多个接诊医师的，采集首诊医师姓名。

20、接诊医师职称分为：（1）主任医师；（2）副主任医师；（3）主治（主管）医师；（4）医师；（5）医士。

21、就诊类型分为：（1）急诊；（2）普通门诊；（3）特需门诊；（4）互

联网诊疗；（5）MDT 门诊；（6）专家门诊；（7）专病门诊；（8）其他。

22、是否复诊：指患者于初次就诊后，是否因同一种疾病在同一家医院再次就诊。

23、是否输液：指医师是否为患者开具以静脉输液方式进行给药、补充营养等治疗的医嘱。

24、是否为门诊慢特病患者：指患者是否纳入医保部门规定的门诊慢性病、特殊疾病保障。

25、急诊患者分级：指依据急诊患者病情的危急程度判断急诊患者就诊及处置的优先次序，分四级：I 级为急危患者，需要立即得到救治；II 级为急重患者，需要评估与救治同时进行；III 级为急症患者，需要在短时间内得到救治；IV 级为亚急症或非急症患者。

26、急诊患者去向：指患者本次急诊就诊后的离院方式或分流去向。主要包括：

（1）医嘱离院（代码为 1）：指患者急诊就诊结束后，按照医嘱离院。

（1）医嘱转院（代码为 2）：指医院根据诊疗需要，将患者转往相应医疗机构进一步诊治，用于统计“双向转诊”开展情况。

27、医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院（代码为 3）：指医院根据患者诊疗情况，将患者转往相应社区卫生服务机构进行后续诊疗，用于统计“双向转诊”开展情况。

28、非医嘱离院（代码为 4）：指患者未按照医嘱要求而自动离院。

29、死亡（代码为 5）：指患者在急诊就诊期间死亡。

30、急诊留观（代码为 6）：指急诊患者在病情未稳定时医师采取留院观察措施。

31、急诊转住院（代码为 7）：指急诊患者办理入院继续治疗。

32、其他（代码为 9）：指除上述 7 类离院方式或分流去向外的其他方式或去向。

33、患者主诉：指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

34、门急诊诊断：指患者在门急诊就诊时，由接诊医师在病历上填写的门急诊诊断。

- (1) 主要诊断：指患者门急诊就诊的主要疾病或原因。
- (2) 其他诊断：除主要诊断外的其他诊断，包括并发症和合并症。
- 35、疾病编码：使用《疾病分类与代码国家临床版》进行编码。
- 36、手术及操作名称：填写手术及操作名称，包括诊断性操作及治疗性操作。表格中第一行应当填写本次门（急）诊就诊的主要手术操作名称。
- 37、手术及操作编码：按照《手术操作分类代码国家临床版》编码执行。
- 38、手术及操作者：指实施该门急诊手术及操作的医师姓名。
- 39、麻醉方式：指该手术及操作采用的麻醉方式。分为：（1）全身麻醉；（2）区域麻醉；（3）局部麻醉；（4）针刺镇痛与麻醉；（5）复合麻醉；（6）其他。
- 40、麻醉医师：指在该门急诊手术及操作期间实施麻醉的医师姓名。
- 41、手术分级管理级别：指该手术在本院手术分级管理目录中的级别。分为：1. 一级手术；2. 二级手术；3. 三级手术；4. 四级手术。
- 42、综合医疗服务类：各科室共同使用的医疗服务项目发生的费用。
- (1) 一般医疗服务费：包括诊查费、会诊费、营养咨询等费用。
- (2) 一般治疗操作费：包括注射、清创、换药、导尿、吸氧、抢救等费用。
- (3) 护理费：患者就诊期间等级护理费用及专项护理费用。
- (4) 其他费用：救护车使用费、尸体料理费等。
- 43、诊断类：用于诊断的医疗服务项目发生的费用。
- (1) 病理诊断费：患者就诊期间进行病理学有关检查项目费用。
- (2) 实验室诊断费：患者就诊期间进行各项实验室检验费用。
- (3) 影像学诊断费：患者就诊期间进行透视、造影、CT、磁共振检查、B超检查、核素扫描、PET 等影像学检查费用。
- (4) 临床诊断项目费：临床科室开展的其他用于诊断的各种检查项目费用。包括有关内镜检查、肛门指诊、视力检测等项目费用。
- 44、治疗类：
- (1) 非手术治疗项目费：临床利用无创手段进行治疗的项目产生的费用。包括高压氧舱、血液净化、精神治疗、临床物理治疗等。临床物理治疗费指临床利用光、电、热等外界物理因素进行治疗的项目产生的费用，如放射治疗、放射

性核素治疗、聚焦超声治疗等项目产生的费用。

(2) 手术治疗费：临床利用有创手段进行治疗的项目产生的费用。包括麻醉费及各种介入、孕产、手术治疗等费用。

45、康复类：对患者进行康复治疗产生的费用。包括康复评定和治疗。

46、中医类：利用中医手段进行治疗产生的费用。

47、西药类：包括有机化学药品、无机化学药品和生物制品费用。

(1) 西药费：患者此次就诊开具西药所产生的费用。

(2) 抗菌药物费用：患者此次就诊开具抗菌药物所产生的费用，包含于“西药费”中。

48、中药类：包括中成药和中草药费用。

(1) 中成药费：患者此次就诊开具中成药所产生的费用。中成药是以中草药为原料，经制剂加工制成各种不同剂型的中药制品。

(2) 中草药费：患者此次就诊开具中草药所产生的费用。中草药主要由植物药（根、茎、叶、果）、动物药（内脏、皮、骨、器官等）和矿物药组成。

49、血液和血液制品类：

(1) 血费：患者就诊期间使用临床用血所产生的费用，包括输注全血、红细胞、血小板、白细胞、血浆的费用。医院对患者临床用血的收费包括血站供应价格、配血费和储血费。

(2) 白蛋白类制品费：患者就诊期间使用白蛋白的费用。

(3) 球蛋白类制品费：患者就诊期间使用球蛋白的费用。

(4) 凝血因子类制品费：患者就诊期间使用凝血因子的费用。

(5) 细胞因子类制品费：患者就诊期间使用细胞因子的费用。

50、耗材类：

(1) 当地卫生、物价管理部门允许单独收费的耗材。按照医疗服务项目所属类别对一次性医用耗材进行分类。“诊断类”操作项目中使用的耗材均归入“检查用一次性医用材料费”；除“手术治疗”外的其他治疗和康复项目（包括“非手术治疗”“临床物理治疗”“康复”“中医治疗”）中使用的耗材均列入“治疗用一次性医用材料费”；“手术治疗”操作项目中使用的耗材均归入“手术用一次性医用材料费”。

(2) 检查用一次性医用材料费：患者就诊期间检查检验所使用的一次性医用材料费用。

(3) (治疗用一次性医用材料费：患者就诊期间治疗所使用的一次性医用材料费用。

(4) 手术用一次性医用材料费：患者就诊期间进行手术、介入操作时所使用的一次性医用材料费用。

51、其他类：患者就诊期间未能归入以上各类的费用总和。

52、门急诊病历的书写内容按照《病历书写基本规范》有关要求执行。在病历书写中应当使用国家统一规定的《常用临床医学名词》或行业内通用的术语、缩写等。

53、门急诊诊断应当使用《疾病分类与代码国家临床版》中标准的诊断名称。对于无法明确病因或在《疾病分类与代码国家临床版》中无法找到对应诊断和编码的，应当使用国家统一规定的《常用临床医学名词》或行业内通用的术语、缩写等进行描述性诊断。

54、门急诊手术操作应当使用《手术操作分类代码国家临床版》中标准的手术操作名称和编码。对于在《手术操作分类代码国家临床版》中无法找到对应手术操作名称和编码的，编码信息可以“—”替代。

55、信息页的保存时间自患者当次就诊结束之日起不少于 15 年。

56、医院生成信息页时，应当按照门急诊诊疗信息页数据采集质量与接口规范（附件 2），使用统一的数据采集项、数据类别、数据类型、字段名称、数据长度及数据标准，保障相关数据信息规范可用。

（二）服务要求

1、在实施及服务期内，安排具备相关项目经验的专业工程师提供对接服务。如：提供 7×24 小时技术支持、定期上门巡检服务、电话技术支持、紧急上门服务。

2、当接口程序发生故障时，服务商应在接到通知后 30 分钟内响应并派员解决问题。如我院急需，能在 8 小时内赶到故障现场处理。

3、服务商项目组成员，负责项目的组织协调、需求调查分析、数据字典整理对照、系统安装调试、系统功能培训、现场实施等工作。

4、实施过程中，实施人员应能及时、充分提出系统实施、使用过程中的建议和可能存在的各类问题，并提供解决方案。

5、实施过程中，应严格执行相关的规范，并保证安全；供应商应根据医院使用科室的需要，在规定的时间内，保证质量，完成系统建设。

6、供应商提供的书面技术资料应能满足确保系统正常运行所需的管理、运营及维护有关的全套文件。供应商提供的技术文件至少应包括：需求分析报告、系统产品手册、培训资料、系统技术维护手册(安装、测试、维护、数据字典等)、验收文档。

7、供应商需提供详尽、完善的实施应急保障制度，保障项目顺利实施。

8、培训要求

(1) 供应商应根据项目实施的计划、进度和需要，及时对相关科室人员进行培训，使其基本掌握应用系统的目标和功能，能够独立完成其操作。

(2) 根据医院需求决定是否采用现场培训，若需要，至少完成一次现场培训，培训后若未完全掌握系统操作，可提供一次线上培训。

(3) 培训方式：除了现场培训方式以外，还可以采用集中培训、远程培训、视频培训等其他方式等；培训课程包含系统产品培训，业务操作培训，答疑培训等。

(4) 培训范围和内容：培训范围为医院相关科室使用人员，培训内容涉及采购清单中所有系统模块的功能、操作及系统技术管理等。培训内容如下：

①业务培训：讲述所有系统功能模块的基本原理及业务处理流程、系统实施方法论、系统结构等。

②系统功能培训：以系统操作人员为对象，对系统各项功能及操作进行培训。本项培训主要针对各应用系统使用人员中的骨干及其他使用人员进行培训。

③系统管理员培训：对系统管理员进行日常维护指导，确保系统的正常运转。

★四、商务要求

1、服务期限：自签订合同后，供应商需 30 日内完成项目上线，60 日内完成验收交付。

2、验收标准：

(1) 本项目验收分为产品交付验收和整体质量运行验收（履约验收）。产品交付验收,双方应当在 5 个工作日内根据约定的要求进行验收。经验收合格的,采购人应当在 5 个工作日内签署产品交付验收报告。采购人无正当理由怠于验收或未在约定期限内签署产品交付验收报告的,自期限届满之日起视为产品交付验收合格;产品交付验收不合格的,投标人应当按照约定的要求整改直至达到采购人的建设要求,期间产生的相应的费用由投标人承担。在产品交付验收合格满一年,双方在 5 个工作日内根据约定的进行整体运行质量验收,经验收合格的,采购人应当在 5 个工作日内签署整体运行质量验收报告。

(2) 供应商应当按照项目约定的内容,在项目合同约定时间内进行全部功能的交付,所交付的文档与文件应当包括纸质及电子版式并可供阅读。

(3) 供应商应当在项目交付 5 个工作日前以书面方式通知采购人,采购人应当在接到通知后及时安排交付事宜。因采购人原因导致交付不能按时进行的,供应商可相应顺延交付日期。

(4) 验收时应提供的文档包括:《项目实施方案》、《需求分析》、《概要设计说明书》、《详细设计说明书》、《数据库设计说明》、《软件测试计划》、《软件测试报告》、《系统运行维护手册》、《系统集成方案》、《项目培训计划》、《用户使用手册》、《试运行方案》、《试运行报告》、《第三方测试报告》、《验收计划》、《验收报告》等。

(5) 上述各阶段,验收/审核不合格或不完全合格的情形,供应商应当严格按照采购人要求免费给予合理解决直至完全符合采购人要求。

3、付款方式:

(1) 签订合同前,中标人以银行转帐形式支付采购人项目总金额的 5%的履约保证金,待中标人经整体运行质量验收(履约验收)合格后,无息退还给中标人;收款账户信息:户名:成都市第五人民医院;纳税人识别号:12510100450751864B;银行帐号:7412 4101 8260 0004 644;开户银行:中信银行温江支行。

(2) 产品开发完成安装调试上线使用,并经双方对产品验收合格后,采购人在收到供应商提供的正规发票后 30 日内支付合同总价的 100%,作为产品上线验收款。

4、违约责任

(1) 供应商必须遵守并执行项目中的各项规定，保证本项目的正常履行。

(2) 供应商延迟履行义务的，每逾期一天，应向采购人偿付合同总额千分之五/天的违约金；延迟超过 30 天的，采购人有权终止合同。若采购人选择解除合同，供应商除支付上述违约金外，并对要求供应商支付本合同总金额 20%的违约金，不足以弥补医院损失的另需补足。

(3) 如因供应商工作人员在履行职务过程中的疏忽、失职、过错等故意或者过失原因给医院造成损失或侵害，包括采购人本身的财产损失、由此而导致的采购人对任何第三方的法律责任等，供应商应支付合同总金额 15%的违约金，并承担全部的赔偿责任。

(4) 服务期内，当平台发生故障时，供应商应当按照本合同约定为医院提供相应的维护服务。逾期未提供维护的，采购人有权委托第三方进行维护，因此产生的费用由供应商承担。

5、报价说明：本项目以金额报价，供应商报价应为包干价，此报价应包含开发服务费、接口费、人工费、通信费、调试费、培训费、安装费、交通费等所有相关含税费用，采购人不再另行支付任何费用。

注：本章中带“★”的条款为实质性要求，不满足将被作为无效响应处理。

附件：门急诊信息页模板与接口标准

附件 1 门（急）诊诊疗信息页

医院名称_____（统一社会信用代码：_____）

门（急）诊诊疗信息页（通用示例）

就诊卡号/病案号：

姓名_____性别： <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女 <input type="checkbox"/> 3. 其他 出生日期____年____月____日 婚姻状态： <input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚 <input type="checkbox"/> 3. 丧偶 <input type="checkbox"/> 4. 离婚 <input type="checkbox"/> 9. 其他 国籍_____民族_____证件类型_____证件号码_____ 现住址_____省（区、市）_____市_____县 联系电话_____		
药物或其他过敏史：药物 <input type="checkbox"/> 1. 无 <input type="checkbox"/> 2. 有 ____；其他 <input type="checkbox"/> 1. 无 <input type="checkbox"/> 2. 有____		
挂号时间 ____年____月____日____时____分 报到时间 ____年____月____日____时____分 就诊时间 ____年____月____日____时____分 就诊科室 _____接诊医师_____接诊医师职称_____		
就诊类型： <input type="checkbox"/> 1. 急诊 <input type="checkbox"/> 2. 普通门诊 <input type="checkbox"/> 3. 特需门诊 <input type="checkbox"/> 4. 互联网诊疗 <input type="checkbox"/> 5. MDT 门诊 <input type="checkbox"/> 9. 其他		
是否复诊： <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 是否输液： <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 是否为门诊慢特病患者： <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 急诊患者分级： <input type="checkbox"/> 1. I 级 <input type="checkbox"/> 2. II 级 <input type="checkbox"/> 3. III 级 <input type="checkbox"/> 4. IV 级 急诊患者去向： <input type="checkbox"/> 1. 医嘱离院 <input type="checkbox"/> 2. 医嘱转院 <input type="checkbox"/> 3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院 <input type="checkbox"/> 4. 非医嘱离院 <input type="checkbox"/> 5. 死亡 <input type="checkbox"/> 6. 急诊留观 <input type="checkbox"/> 7. 急诊转入院 <input type="checkbox"/> 9. 其他		
住院证开具时间____年____月____日____时____分		
患者主诉		
	门（急）诊诊断	疾病编码
主要诊断：		
其他诊断：		

手术及操作日期	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作作者	麻醉方式	麻醉医师	手术分级管理级别

门（急）诊费用（元）： 总费用 _____（自付金额：_____）

1. 综合医疗服务类：（1）一般医疗服务费： _____（2）一般治疗操作费： _____
（3）护理费： _____（4）其他费用： _____

2. 诊断类：（5）病理诊断费： _____（6）实验室诊断费： _____（7）影像学诊断费： _____
（8）临床诊断项目费： _____

3. 治疗类：（9）非手术治疗项目费： _____（临床物理治疗费： _____）
（10）手术治疗费： _____（麻醉费： _____ 手术费： _____）

4. 康复类：（11）康复费： _____

5. 中医类：（12） 中医治疗费： _____

6. 西药类：（13）西药费： _____（抗菌药物费用： _____）

7. 中药类：（14） 中成药费： _____（15）中草药费： _____

8. 血液和血液制品类：（16）血费： _____（17）白蛋白类制品费： _____（18）
球蛋白类制品费： _____（19）凝血因子类制品费： _____（20）细胞因子
类制品费： _____

9. 耗材类：（21）检查用一次性医用材料费： _____（22）治疗用一次性医用
材料费： _____（23）手术用一次性医用材料费： _____

10. 其他类：（24）其他费用： _____

附件 2 门(急)诊诊疗信息页数据采集质量与接口规范

序号	数据类别	数据采集项	字段名称	数据类型	长度	备注
1	就诊过程信息	医院名称	MA02	字符	80	指患者门（急诊）诊疗所在的医院名称，按照《医疗机构执业许可证》登记的机构名称填写
2	就诊过程信息	统一社会信用代码	MB39	字符	18	统一社会信用代码是由行政部门核发的一组长度为 18 位的用于法人和其他组织身份识别的代码。
3	患者基本信息	就诊卡号或病案号	MA50	字符	50	指本院在实名就诊的基础上，为患者建立与身份证明编号相关联的唯一标识号码。
4	患者基本信息	姓名	MA11	字符	40	
5	患者基本信息	性别	MA12C	数字	1	值域范围为 RC001。
6	患者基本信息	出生日期	MA13	日期	10	格式 yyyy-MM-dd。
7	患者基本	婚姻状态	MA21C	字符	1	指患者在本次门（急）诊就诊时的婚姻状态。

	信息					值域范围为 RC002。
8	患者 基本 信息	国籍	MA15C	字符	40	参考《GB/T 2659.1-2022 世界各国和地区及其行政区划名称代码 第1部分：国家和地区代码》
9	患者 基本 信息	民族	MA19C	字符	2	参考《GB/T 3304-1991 中国各民族名称的罗马字母拼写法和代码》，值域范围为 RC035
10	患者 基本 信息	证件类型	MA20N	字符	1	据实填写患者有效身份证件类型，值域范围为 RC038
11	患者 基本 信息	证件号码	MA20	字符	18	患者门（急）诊就诊时填写的唯一身份识别号码；当“证件类型”为“居民身份证”时，证件号码限定为15位或18位
12	患者 基本 信息	现住址	MA26	字符	200	指患者来院就诊前实际居住半年以上的常住地址。
13	患者 基本 信息	联系电话	MA35	字符	40	指患者或其联系人的联系电话。
14	患者 基本 信息	药物过敏史	MA51C	字符	1	指患者在本次门（急）诊就诊以及既往就诊过程中，是否有明确的药物或食物过敏史，值

						域范围参考 RC037
15	患者 基本 信息	过敏药物	MA52	字符	200	指患者在本次门（急） 诊就诊以及既往就诊 过程中，有明确的药物 过敏史时，采集引发过 敏反应的具体药物， 如：青霉素。
16	患者 基本 信息	其他过敏史	MA53C	字符	1	指患者在本次门（急） 诊就诊以及既往就诊 过程中，是否有明确的 食物或其他过敏史，值 域范围参考 RC037
17	患者 基本 信息	其他过敏原	MA54	字符	200	指患者在本次门（急） 诊就诊以及既往就诊 过程中，有明确的其他 过敏史时，采集引发过 敏反应的具体其他过 敏原，如：芒果、花粉。
18	就诊 过程 信息	挂号时间	MB41	日期 时间		指患者提交挂号申请， 形成号条及就诊序号 时的时间。格式 yyyy-MM-dd HH:mm。
19	就诊 过程 信息	报到时间	MB42	日期 时间		指患者到达医院或诊 室的时间。配备有报 （签）到信息系统的医 院，采集系统记录时 间。格式 yyyy-MM-dd HH:mm。
20	就诊	就诊时间	MB46	日期		指医师开始接诊的时

	过程信息			时间		间。采用信息系统的医院，采集医师在系统上确认开始接诊时间。格式 yyyy-MM-dd HH:mm。
21	就诊过程信息	就诊科室	MB47C	字符	6	指患者门诊挂号对应的医院内设科室或部门，以医院对相关科室或部门实际命名为准。
22	就诊过程信息	接诊医师	MB49N	字符	40	指实际接诊患者的医师姓名。诊疗过程涉及多个接诊医师的，采集首诊医师姓名。
23	就诊过程信息	接诊医师职称	MB50C	字符	40	指医师卫生专业技术人员职称。值域范围参考 RC044。
24	就诊过程信息	就诊类型	MB44C	字符	1	值域范围参考 RC041。
25	就诊过程信息	是否复诊	MB43C	字符	1	指患者于初次就诊后，是否因同一种疾病在同一家医院再次就诊。值域范围参考 RC039。
26	就诊过程信息	是否输液	MB54C	字符	1	指医师是否为患者开具以静脉输液方式进行给药、补充营养等治疗的医嘱。值域范围参考 RC039。
27	就诊过程	是否为门诊慢特病患者	MB45C	字符	1	指患者是否纳入医保部门规定的门诊慢性

	信息					病、特殊疾病保障。值域范围参考 RC039。
28	就诊过程信息	急诊患者分级	MB51C	字符	1	指依据急诊患者病情的危急程度判断急诊患者就诊及处置的优先次序，分四级。值域范围参考 RC042。
29	就诊过程信息	急诊患者去向	MB52C	字符	1	指患者本次急诊就诊后的离院方式或分流去向。值域范围参考 RC045
30	就诊过程信息	住院证开具时间	MB53	日期时间		指接诊医师为门（急）诊患者入院治疗开具住院证的时间。格式 yyyy-MM-dd HH:mm。
31	诊疗信息	患者主诉	MC51	字符	400	指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间
32	诊疗信息	门（急）诊主要诊断	MC02N	字符	100	指患者门（急）诊就诊的主要疾病或原因。使用《疾病分类与代码国家临床版》中标准的诊断名称，无法找到的使用国家统一的《常用临床医学名词》或行业内通用的术语。
33	诊疗信息	门（急）诊主要诊断编码	MC01C	字符	20	使用《疾病分类与代码国家临床版》中标准疾病名称对应的标准编

						码，使用非标准诊断名称时可空缺。
34	诊疗信息	门（急）诊 其他诊断	MC52x 01N 至 MC52x 10N	字符	100	除主要诊断外的其他诊断，包括并发症和合并症。使用《疾病分类与代码国家临床版》中标准的诊断名称，无法找到的使用国家统一的《常用临床医学名词》或行业内通用的术语、缩写等进行描述性诊断。
35	诊疗信息	门（急）诊 其他诊断编 码	MC52x 01C 至 MC52x 10C	字符	20	使用《疾病分类与代码国家临床版》中标准疾病名称对应的标准编码，使用非标准诊断名称时可空缺。
36	诊疗信息	手术及操作 日期	MC16x 01 至 MC16x 05	日期 时间		指进行手术及操作的日期。格式 yyyy-MM-dd
37	诊疗信息	手术及操作 名称	MC15x 01N 至 MC15x 05N	字符	100	填写手术及操作名称，包括诊断性操作及治疗性操作。使用《手术操作分类代码国家临床版》中的标准手术操作名称，表格第一行应当填写本次门（急）诊就诊的主要手术操作

						名称。
38	诊疗 信息	手术及 操作编码	MC14x 01C 至 MC14x 05C	字符	20	使用《手术操作分类代码国家临床版》中的标准手术操作编码。
39	诊疗 信息	手术及操作 者	MC18x 01N 至 MC18x 05N	字符	40	指实施该门(急)诊手术及操作的医师姓名。
40	诊疗 信息	麻醉方式	MC22x 01C 至 MC22x 05C	字符	6	指该手术及操作采用的麻醉方式。值域范围参考 RC013。
41	诊疗 信息	麻醉医师	MC23x 01 至 MC23x 05	字符	40	指在该门(急)诊手术及操作期间实施麻醉的医师姓名。
42	诊疗 信息	手术分级管 理级别	MC17x 01 至 MC17x 05	数字	1	指该手术在本院手术分级管理目录中的级别。值域范围参考 RC029。
43	费用 信息	门(急)诊 总费用	MD01	数字	(11, 2)	大于 0; 总费用大于或等于分项费用之和
44	费用 信息	其中, 自付 金额	MD09	数字	(10, 2)	小于等于总费用
45	费用 信息	1. 一般医疗 服务费	MD11	数字	(10, 2)	小于等于总费用
46	费用 信息	2. 一般治疗 操作费	MD12	数字	(10, 2)	小于等于总费用

47	费用信息	3. 护理费	MD13	数字	(10, 2)	小于等于总费用
48	费用信息	4. 综合医疗服务类其他费用	MD14	数字	(10, 2)	小于等于总费用
49	费用信息	5. 病理诊断费	MD15	数字	(10, 2)	小于等于总费用
50	费用信息	6. 实验室诊断费	MD16	数字	(10, 2)	小于等于总费用
51	费用信息	7. 影像学诊断费	MD17	数字	(10, 2)	小于等于总费用
52	费用信息	8. 临床诊断项目费	MD18	数字	(10, 2)	小于等于总费用
53	费用信息	9. 非手术治疗项目费	MD19	数字	(10, 2)	小于等于总费用
54	费用信息	其中：临床物理治疗费	MD19x01	数字	(10, 2)	小于等于总费用，小于等于非手术治疗项目费
55	费用信息	10. 手术治疗费	MD20	数字	(10, 2)	小于等于总费用
56	费用信息	其中：麻醉费	MD20x01	数字	(10, 2)	小于等于总费用，小于等于手术治疗费
57	费用信息	其中：手术费	MD20x02	数字	(10, 2)	小于等于总费用，小于等于手术治疗费
58	费用信息	11. 康复费	MD21	数字	(10, 2)	小于等于总费用
59	费用信息	12. 中医治疗费	MD22	数字	(10, 2)	小于等于总费用
60	费用信息	13. 西药费	MD23	数字	(10, 2)	小于等于总费用

	信息					
61	费用 信息	其中：抗菌 药物费用	MD23x 01	数字	(10, 2)	小于等于总费用，小于 等于西药费
62	费用 信息	14. 中成药 费	MD24	数字	(10, 2)	小于等于总费用
63	费用 信息	15. 中草药 费	MD25	数字	(10, 2)	小于等于总费用
64	费用 信息	16. 血费	MD26	数字	(10, 2)	小于等于总费用
65	费用 信息	17. 白蛋白 类制品费	MD27	数字	(10, 2)	小于等于总费用
66	费用 信息	18. 球蛋白 类制品费	MD28	数字	(10, 2)	小于等于总费用
67	费用 信息	19. 凝血因 子类制品费	MD29	数字	(10, 2)	小于等于总费用
68	费用 信息	20. 细胞因 子类制品费	MD30	数字	(10, 2)	小于等于总费用
69	费用 信息	21. 检查用 一次性医用 材料费	MD31	数字	(10, 2)	小于等于总费用
70	费用 信息	22. 治疗用 一次性医用 材料费	MD32	数字	(10, 2)	小于等于总费用
71	费用 信息	23. 手术用 一次性医用 材料费	MD33	数字	(10, 2)	小于等于总费用
72	费用 信息	24. 其他费：	MD34	数字	(10, 2)	小于等于总费用

第五章 评分标准

(本项目采用最低价评分法)

第六章 响应文件格式

(响应文件封面)

项目名称:

项目编号:

响应文件

供应商名称 (公章):

法定代表人 (单位负责人) 或授权代表 (签字):

联系方式 (移动电话):

日期: 年 月 日

一、比选申请函（实质性要求）

成都市第五人民医院：

我方全面研究了“_____项目”采购文件（项目编号：_____），决定参加贵单位组织的本项目的比选。我方授权_____（姓名、职务）代表我方（比选申请人单位名称）全权处理本项目比选的有关事宜。

1. 我方自愿按照采购文件规定的各项要求向采购人提供所需服务，投标价为详见报价表。

2. 一旦我方中选，我方将严格履行合同规定的责任和义务，保证向采购人提供符合采购要求和标准的服务，并交付采购人验收。

3. 我方为本项目递交的响应文件正本 1 份，副本 1 份，电子版 1 份。

4. 我方递交的电子版响应文件与纸质版响应文件完全一致，若电子与纸质文件不一致，由此导致的后果自行承担。

5. 我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与比选报价有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

6. 我方同意所递交的响应文件在递交响应文件截止日起计算 120 天 的比选有效期内有效，在此期间，我方将受此约束。

7. 我方如中选，承诺将按照采购文件规定的付款方式、服务时间、地点等内容严格履约，如不按采购文件要求履约，自愿承担全部责任。

8. 我方如用虚假材料或恶意方式提出质疑，将承担相应的法律责任。如有上述行为，我方将无条件承担贵单位相关的调查论证费用。

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或授权代表（签字）：XXXX

日期：XXXX

二、具有独立承担民事责任的能力（实质性要求）

（按第三章要求提供，盖单位公章）

三、法定代表人（单位负责人）授权书(实质性要求)

成都市第五人民医院：

本授权声明：XXXX XXXX（比选申请人单位名称）XXXX（法定代表人/单位负责人姓名、职务）授权_____（被授权人姓名、职务）为我方“XXXX”项目（编号：XXXX）比选活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关比选、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

供应商名称：_____（盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）：_____（签字或者加盖个人名章）

身份证号码：_____

授权代表签字：_____（签字）

身份证号码：_____

2024年 月 日

注：

- 1、供应商委托其他人（非法定代表人或非单位负责人）参与本项目比选时适用此格式；
- 2、供应商为法人单位时提供“法定代表人授权书”，供应商为其他组织时提供“单位负责人授权书”，供应商为自然人时提供“自然人身份证明材料”。
- 3、应附法定代表人（单位负责人）身份证明材料复印件和授权代表身份证明材料复印件。
- 4、身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照。
- 5、身份证明材料应同时提供其在有效期的材料，如居民身份证正、反面复印件。

法定代表人（单位负责人）身份证明

比选申请人单位名称：_____

单位性质：_____

地址：_____

成立时间：_____年_____月_____日

经营期限：_____

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 职务：_____系

（比选申请人单位名称）的法定代表人（单位负责人）。

特此证明。

附：法定代表人（单位负责人）身份证正、反面复印件

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

日期：XXXX

注：法定代表人或单位负责人亲自参与本项目比选时适用此格式。

四、承诺函(实质性要求)

成都市第五人民医院:

本单位 XXXX (供应商名称) 参加 XXXX (项目名称) 的采购活动, 并已知晓限制性供应商的要求, 现本单位郑重承诺如下:

一、具备本项目规定的资格条件:

- (一) 具有独立承担民事责任的能力;
- (二) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;
- (三) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力;
- (四) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录;
- (五) 参加政府采购活动前三年内, 在经营活动中没有重大违法记录;
- (六) 法律、行政法规规定的其他条件;
- (七) 根据采购项目提出的特殊条件。

二、本单位承诺在参加本项目政府采购活动前三年中本单位及其现任法定代表人(单位负责人)、主要负责人不具有行贿犯罪记录。

三、完全接受和满足本项目采购文件中规定的实质性要求, 如对采购文件有异议, 已经在比选截止时间届满前依法进行维权救济, 不存在对采购文件有异议的同时又参加比选以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

四、参加本次采购活动, 不存在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采购活动; 不存在为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的情形; 不存在在同一合同项下的采购项目中, 同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为其代理人。

五、我单位不存在列入医院黑名单库的情形。

六、响应文件中提供的能够给予我单位带来优惠、好处的任何材料资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

七、我方保证在本项目中使用的任何技术、产品和服务(包括部分使用), 不会产生因第三方提出侵犯其专利权、商标权或其它知识产权而引起的法律和经济纠纷, 如因专利权、商标权或其它知识产权而引起法律和经济纠纷, 由我方承担所有相关责任。除非采购文件特别规定, 采购人享有本项目实施过程中产生的

知识成果及知识产权。我方若将在比选项目实施过程中采用自有或者第三方知识成果的，使用该知识成果后，我方提供开发接口和开发手册等技术资料，并承诺提供无限期支持，采购人享有使用权（含采购人委托第三方在该项目后续开发的使用权）。如采用了我方所不拥有的知识产权，则在报价中已经包括合法获取该知识产权的相关费用。

八、所提供产品涉及国家规定强制采购范围内的，均符合相关要求。

九、我方承诺没有为本次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。

十、我方将严格按照相关法律法规的要求参与医院采购活动，积极配合医院营造风清气正的亲清营商环境。不以现金、红包、回扣、有价证券、贵重礼品等任何形式影响采购人采购行为。

十一、我单位郑重承诺：不组织、不参与任何陪标、围标、串标行为；绝不以他人名义投标，不以任何弄虚作假的方式参加投标。

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

供应商名称：XXXX（单位公章）

法定代表人（单位负责人）或授权代表（签字或加盖个人名章）：XXXX

日期：XXXX

注：1、供应商在参加采购活动前，被纳入法院、工商行政管理部门、税务部门、银行认定的失信名单且在有效期内，或者在前三年政府采购合同履行过程中及其他经营活动履约过程中未依法履约被有关部门处罚(处理)的，不能认定为具有良好的商业信誉。

2、供应商作出以上承诺即视为满足该条件，无需另行提供证明材料。

五、具备该项目特定资格要求的证明材料
(如适用) (格式自拟)

六、报价表

首次报价表

项目名称		
项目编号		
项目内容		
总报价	按金额报价 (单位：元)	小写： 大写：

注：请认真阅读第四章相关要求，并按照采购文件第四章商务要求以金额报价，报价包括供应商完成本项目所需的一切费用。

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或授权代表（签字）：XXXX

日期：XXXX

最终确认表

项目名称		
项目编号		
项目内容		
总报价	按金额报价 (单位: 元)	小写: 大写:
补充承诺事项		

注: 1、按照采购文件第四章商务要求以金额报价, 报价包括供应商完成本项目所需的一切费用;

2、本最终确认表不需要封装在响应文件中;

3、最终确认表是在通过相关评审后, 向评审小组单独递交, 需由法定代表人或授权代表在最终报价时填写, 并加盖投标供应商鲜章;

4、比选谈价现场通过评审小组补充承诺事项需在最终确认表“补充承诺事项”中逐一填写; 若与响应文件不一致的, 以最终确认表为准。

5、若项目涉及分项报价, 在“补充承诺事项”中详细填写。

供应商名称: XXXX (盖单位公章)

法定代表人 (单位负责人) 或授权代表 (签字): XXXX

日期: XXXX

七、技术、服务要求应答表

序号	采购文件要求	响应文件响应情况	偏离情况	佐证材料对应响应文件页码

填表说明：

1. 供应商必须按第四章“采购需求”的内容据实逐条填写，不得虚假响应，否则将取消其比选或成交资格并按规定追究其相关责任。
2. 偏离情况请填写“无偏离”、“正偏离”或“负偏离”。

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或授权代表（签字）：XXXX

日期：XXXX

八、 商务应答表

序号	采购文件要求	响应文件响应情况	偏离情况	佐证材料对应响应文件页码

填表说明：

1. 供应商必须按第四章“采购需求”的内容据实逐条填写，不得虚假响应，否则将取消其比选或成交资格并按规定追究其相关责任。
2. 偏离情况请填写“无偏离”、“正偏离”或“负偏离”。

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或授权代表（签字）：XXXX

日期：XXXX

九、供应商类似项目业绩一览表

年份	采购人名称	项目名称	完成时间	合同金额	备注

注：1. 供应商可根据实际情况调整该表格内容；
2. 以上业绩应按采购文件评审要求提供相应证明材料。

供应商名称：XXXX（盖单位公章）
法定代表人（单位负责人）或授权代表（签字）：XXXX
日期：XXXX

十、实施方案
(格式自拟)

十一、供应商其它证明材料
(格式自拟)