**医院整体医疗系统维护项目采购意向公示**

我院拟于近期启动医院整体医疗系统维护采购事项，现进行市场调研（询价），欢迎有意向的公司按要求提交相关资料。

1. 拟采购项目内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 采购需求概况 | 服务期限 | 单位 | 备注 |
| 1 | 医院整体医疗系统维护 | 医院现使用的医疗系统项目有28项须进行维护服务 | 1 | 年 | 医院整体医疗系统维护项目清单见附件1 |

二、报价时间：2023年3月24日下午17:00前

   三、报价地点：惠城区小金口人民医院行政楼1楼信息部

   四、报价方式：现场递交或快递

   五、报价要求：

   1、报价金额包含附件1文件内所有系统维护费用和技术支持等费用。

   2、报价资料需密封装好。

   3、报价需提供资料如下：

   （1）报价单（见附件2，需盖章）

   （2）诚信承诺书（见附件3，需盖章签字）；

   （3）企业营业执照复印件（需盖章）；

   （4）采购项目的相关信息（如：公司资质、维护方案、技术参数、售后服务等）

   六、本项目不接受联合体报价，不同公司的股东中有共同股东组成的不得同时报价，请在公告有效期内工作日时间8：00-12：00，14：30-17：30提交报价资料。如在规定的时间内报价公司仍不足三家，我院将顺延调研截止时间。

   由衷感谢贵公司提供报价支持。

单位：惠州市惠城区小金口人民医院

联系人：黄先生

电话：0752-2781959

地址：惠州市惠州大道小金口段691号

日期：2023年3月17日

## 附件一：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **医院整体医疗系统维护项目名称** | **数量** |
| 1 | 门诊划价收费系统 | 1项 |
| 2 | 药库管理系统 | 1项 |
| 3 | 门诊发药和药房管理 | 1项 |
| 4 | 住院收费管理系统 | 1项 |
| 5 | 病区医嘱管理系统 | 1项 |
| 6 | 住院发药和药房管理 | 1项 |
| 7 | 卫生材料管理系统 | 1项 |
| 8 | 院长查询管理系统 | 1项 |
| 9 | 价格字典及系统维护模块 | 1项 |
| 10 | 药品综合监控系统 | 1项 |
| 11 | 门诊挂号 (诊疗卡发放)系统 | 1项 |
| 12 | 门诊医生工作站系统 | 1项 |
| 13 | 门诊护理打印系统 | 1项 |
| 14 | 门诊药房处方打印系统 | 1项 |
| 15 | 药房语音叫号发药系统 | 1项 |
| 16 | 住院医生工作站系统 | 1项 |
| 17 | 病区护理管理系统 | 1项 |
| 18 | 临床路径管理系统 | 1项 |
| 19 | 门诊分诊、排队叫号及系统升级项日 | 1项 |
| 20 | 医保嵌入式接口 | 1项 |
| 21 | 区域卫生信息平台接口 | 1项 |
| 22 | 医保跨省异地就医结算服务系统 | 1项 |
| 23 | 异地就医结算服务系统 | 1项 |
| 24 | 二级公立医院绩效考核医疗质量管理住院病案首页采集系统对接接口开发 | 1项 |
| 25 | 电子健康码HIS接口开发 | 1项 |
| 26 | 流感与发热门诊监测上报HIS接口开发 | 1项 |
| 27 | 惠州市惠城区小金口人民医院“一键诊疗”相关信息系统建设采购项目 | 1项 |
| 28 | 广东省医保信息平台接口开发及HIS系统升级改造项目 | 1项 |

**附件二**

**报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **服务期限** | **报价金额** | **备注** |
| 医院整体医疗系统维护项目 | 1年 |  |  |

\*注明：1.以上报价包含运输、保险、税费、培训、所有系统维护费用和技术支持等所有费用。

报价公司（盖公章）：

联系人、电话：

 日期： 年 月 日

**附件三**

**诚信承诺书**

致：惠州市第一人民医院小金口分院

本公司关于提交 项目相关资料作出郑重承诺：

一、遵守政府采购法律、法规和医院规章制度，维护医院采购市场秩序和公平竞争环境，不恶意竞价；

二、依法诚信参与医院采购活动，自觉维护医院合法权益；

三、严格保守医院采购活动中获取的国家秘密和商业秘密；

四、对提供的所有资料的真实性、准确性承担法律责任；如发现虚假材料，或与事实不符的，造成任何法律和经济责任的均由我方负责；

五、在经营活动中无重大违法、违规的不良记录；

六、依法诚信进行质疑与投诉活动；

七、接受医院采购监督管理部门的监督。

本公司若有违反本承诺内容的行为，愿意承担相应的后果和法律责任，包括愿意接受医院作出的处罚。

公司法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

公司名称（签章）：

日期： 年 月 日