**天津医科大学眼科医院关于召开**

**手术室麻醉系统维保调研询价论证会的通知**

根据临床及科研工作需要，我院拟对手术室麻醉系统进行维保改造。现决定召开调研询价论证会，欢迎有意向供应商报名参加。现将有关事项通知如下：

**一、报名时间：**即日起至2024年5月31日17:00之前。

**二、报名方式：**请将相关材料电子版发送至电子邮箱tjykdxykyysbk@tj.gov.cn。

**三、报名材料**

1.报名函

2.营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书扫描件。

3.财务状况报告等相关材料：

A.2022年或2023年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件。

B.2023年度或2024年度银行出具的资信证明扫描件。

注：A、B两项提供任意一项均可。

4.2023年或2024年至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料扫描件。

5.报名截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（截至开标日成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）。

6.法定代表人授权书

7.业绩证明材料（同类项目专指承担过医疗开发项目，合同中有手术、麻醉或围术期关键字的合同，包括合同金额、合同服务内容、甲乙双方名称及盖章）

8.售后服务承诺

9.产品配置清单

10.技术支撑材料

注：所有复印资料均需加盖供应商公章。

**四、论证会议程**

1.院方介绍项目背景

2.各供应商按当天签到顺序对所投产品做5-10分钟的陈述（可使用PPT）。主要内容：日常维保工作内容及互联互通评级工作内容。

3.专家组根据各供应商情况进行提问。

**五、论证会时间地点：另行通知。**

**六、此次调研询价论证的内容：**

1.手术室麻醉系统维护维保服务

2.手术室麻醉系统配套硬件升级服务

3.手术室麻醉系统互联互通接口服务

**七、报名文件格式（附后）**

**天津医科大学眼科医院**

**手术室麻醉系统维保调研询价论证会报名文件**

**（加盖公章）**

项目名称：

    供货商名称：

联系人及电话：

日  期：

**报名文件目录**

**（供应商自行编制）**

附件1

**报名函**

致：天津医科大学眼科医院

根据贵方项目（项目编号：）的论证会邀请，签字代表（姓名/职务）经正式授权并代表我公司（报名单位名称、地址）提交加盖公章的报名文件。

据此函，签字代表宣布同意如下：

1.产品报价为：

第一包，￥元（人民币），大写。

……

2.我公司将按论证会通知的规定履行责任和义务。

3.我公司同意按照贵方要求提供的与论证会有关的一切数据或资料，并声明报名文件及所提供的一切资料均真实有效。由于我公司提供资料不实而造成的责任和后果由我公司自行承担。

4.我公司保证所投产品来自合法的供货渠道。如果提供非法渠道的商品，视为欺诈，并承担相关责任。

5.我公司承诺未列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为记录名单，符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的各项条件，论证会报名截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录。

6.与本论证会有关的一切正式往来通讯请寄：

地址：

邮政编码：

电话：

传真：

报名单位名称：

日期：年月日

附件2

**供应商及所投产品资格要求证明文件**

1. 营业执照
2. 开户许可证
3. 银行资信证明文件
4. 纳税证明
5. 缴纳社保证明
6. 无重大违法记录声明

注：相关证明材料应附在此页后面。

附件3

**法定代表人授权书**

致：天津医科大学眼科医院

我\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名）系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（报名单位名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名，职务）（身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）作为代表人以我方的名义参加贵单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项目（项目编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）的论证活动，并代表我方全权办理针对上述项目的一切具体事务和签署相关文件。

我方对代表人的签名事项负全部责任。

本授权书至论证会报名有效期结束前始终有效。

代表人无转委托权，特此委托。

法定代表人（签字或盖章）：

年月日

|  |  |
| --- | --- |
| 代表人身份证正面 | 代表人身份证背面 |

此授权书填写完毕后打印，由法定代表人签字或加盖名章。

附件4

**分项一览表**

项目名称：

项目编号：

包号：

单位：元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项号 | 服务名称 | 采购数量 | 计量单位 | 总价 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：

1. 商品属性应在“环保产品”、“节能、节水产品”、“自主知识产权产品”、“无”四个选择项中选择填写。

2. 如国产产品，产地精确到省级行政区域。如进口产品，产地精确到国家。

报名单位名称：

日期：年月日

附件5

**业绩**

项目名称：

项目编号：

包号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 用户单位名称 | 项目内容 | 实施地点 | 用户联系人及联系方式 | 项目起止时间 | 合同金额 | 用户盖章的成功履行合同的相关证明材料扫描件所在页码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：相关证明材料附后。

报名单位名称：

日期：年月日

附件6

**售后服务承诺**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 承诺内容 |
| 1 | 服务期内 |  |
| 2 | 服务期后 |  |
| 3 | 培训方案 |  |
| 4 | 其他内容 |  |

报名单位名称：

日期：年月日

附件7

**服务内容清单**

项目名称：

项目编号：

包号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 服务内容 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| … |  |  |

报名单位名称：

日期：年月日

附件8

**技术支撑材料**

1.所投软件产品制造商具有软件成熟度3级或以上证书

2. 所投软件产品制造商具有信息系统建设和服务能力等级（CS）二级或以上证书。

3.所投软件产品制造商具有高新技术企业证书、软件企业证书。

4.所投软件产品制造商具有五星级服务认证证书、信息技术服务管理体系认证证书、信息安全管理体系认证证书、质量管理体系认证证书、环境管理体系认证证书、职业健康安全管理体系认证证书。

5.手术麻醉或围术期产品具有通过《计算机软件测试规范》国家标准的测试报告，软件实现功能包括：①手术排程；②术中监控；③病案查询；④质控统计；⑤器械管理等，提供证明文件复印件并加盖公章。

6.投标产品通过IHE测试证书，功能角色包括①设备数据使用者；②时间服务器；③报警信息管理者，提供证明文件复印件并加盖公章。

7.产品制造商具有手术麻醉质控、手术室护理、围术期移动查房、手术麻醉计费、手术麻醉信息集成及流程整合等相关著作权证书。

8.软件制造商具有支撑国家医院互联互通标准化成熟度测评的经验案例，案例医院需在国家卫生健康委统计信息中心国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果公示的名单上。提供互联互通四级甲等及以上案例经验，提供国家卫生健康委统计信息中心国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评结果公示的名单及合同复印件。