附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目调研报名表 | | | | | | | | |
| 序号 | 产品名称 | 供应商名称 | 产品公司名称 | 报价  （包干价)万元 | 联系人 | 联系电话 | 联系邮箱 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件2：

|  |
| --- |
| 供应商资质 |
| **一、参加调研的供应商应具备下列资格条件：** |
| 1.具有独立承担民事责任的能力。  2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。  3.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力。  4.有依法缴纳税收（国税或地税）和社会保障资金的良好记录。  5.参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。  6.法律、行政法规规定的其他条件。  7.根据采购项目提出的特殊条件：无。  7.1若采购产品为包含医疗器械的，投标人须符合《医疗器械监督管理条例》要求并提供投标人经营该产品的经营许可/经营备案证明材料；投标产品须符合《医疗器械注册管理办法》要求并提供产品的注册/备案证明材料；  7.2投标人非投标产品（若是进口产品）制造厂家需提供产品制造厂家对投标产品的授权，或具有授权权限的代理商对投标产品的授权（且需提供该代理商具有有效授权权限的相关证明文件，证明文件需能显示产品制造厂家对投标产品授权链条的完整性）。 |

附件3：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目调研情况一览表 | | | | | | | | | |
| 序号 | 产品名称 | 公司名称 | 报价  （包干价)  万元 | 该产品在国内三甲医院用户案例及价格及评级情况  （省内优先列举3-5个） | 实施周期 | 免费  质保期  （3年及以上） | 后期  维护费  （比例） | 优势特色 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计： | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 一 | **政策依据** | | | | | | | | |
| 1.《关于XXXXXXXXX指导意见》：XXXXXXXXXXXXXXXXXXX（填写样例）  2.《关于XXXXXXXXX指导意见》：XXXXXXXXXXXXXXXXXXX（填写样例） | | | | | | | | | |
| 二 | **建设必要性** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 三 | **建设目标、效益** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 四 | 评级对标情况  **（涉及电子病历系统应用水平分级评价、国家医疗健康信息互联互通标准化成熟度测评、医院智慧服务分级评估、医院智慧管理分级评估、四川省智慧医院评价等行业标准对标情况，内容较多可另附页）** | | | | | | | | |

**附件4：**

**检查集中预约系统项目配置清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 主要功能描述 | 数量 | 单位 | | 报价  （万元） |
| 1 |  |  |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | |  |
| 5 |  |  |  |  | |  |
| 6 |  |  |  |  | |  |
| 7 |  |  |  |  | |  |
| 8 |  |  |  |  | |  |
| 9 |  |  |  |  | |  |
| 10 |  |  |  |  | |  |