**资阳市第一人民医院卫生健康决策支持数据分析服务采购项目（第二次）**

**比选文件**

**比选人：资阳市第一人民医院**

**四川·资阳**

**二O二三年十月**

**第一章比选邀请**

**采购单位资阳市第一人民医院 拟对资阳市第一人民医院卫生健康决策支持数据分析服务采购项目（第二次）进行比选采购，欢迎符合资质要求的供应商前来参加。**

**一、比选编号：/**

**二、比选项目：资阳市第一人民医院卫生健康决策支持数据分析服务采购项目（第二次）**

**三、资金来源：已落实。**

**四、项目简介：**

本项目共1个包，采购资阳市第一人民医院卫生健康决策支持数据分析服务一批。本项目最高限价6.7万元。

（详见比选文件第三章）

**五、合格供应商应具备的资格条件：**

1、在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格的合法企业（提供营业执照副本、税务登记证副本、组织机构代码证副本）；营业执照中须有本比选项目的经营许可范围。

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、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

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、符合法律、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：

7.1供应商须提供“截至比选申请文件递交截止日未被列入失信被执行人、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”的承诺函。

8.本项目不允许联合体参加。

**六、比选文件获取时间、地点：**比选文件自2023年9月28日至2023年10月9日，资阳市第一人民医院官方网站下载。

**七、****递交比选申请文件截止时间及评审时间：**2023年10月10日14：00（北京时间）现场递交投标文件，逾期送达比选申请文件将被拒绝。

**八、递交比选申请文件及评审地点：**资阳市第一人民医院采购部（四川省资阳市仁德西路66号资阳市第一人民医院健康体检楼五楼520）

**九、比选保证金：本项目不收取。**

**十、公告发布：本比选邀请在资阳市第一人民医院官网以公告形式发布。**

**十二、联系方式**

**比选人：资阳市第一人民医院**

地址：四川省资阳市仁德西路66号资阳市第一人民医院健康体检楼五楼520

项目具体事项电话及联系人：028-26655128熊老师

**第二章比选申请文件及相关要求**

## 一、比选申请文件的组成

文件一 法定代表人授权书

文件二 报价一览表

文件三 供应商资格证明材料

文件四 承诺函

文件五 其他资格证明文件（如有）

文件六 技术、服务应答表；

文件七 商务应答表

文件八 廉洁承诺书

文件九 其他材料（如有）

## 二、比选申请的责任

供应商应认真阅读比选文件中所有的事项、报价格式和项目要求等。供应商没有对比选文件全面做出实质性响应是供应商的责任。

## 三、比选申请文件的书写

比选申请文件使用的所有文件均采用简体中文书写。

## 四、报价

1、所有报价一律以人民币报价；比选人不接受任何非人民币币种的报价。

2、供应商要按报价表格式内容填写单价及其他事项；不得遗漏。

3、供应商报价按照比选文件要求，履行完成项目所要求工作的总承包价格包括货物运输、保险、代理、培训、税费和比选文件规定的其它费用。

4、供应商应本着实事求是原则合理报价。

## 五、比选申请文件装订及递交

1、比选申请文件1份应按要求进行有效签署，装订成册封装于一个密封包装内。

2、密封袋正面写明：比选项目名称，包号，供应商名称，比选申请日期等，密封处应贴密封条。

3、密封袋按“比选文件”内容，在正面载明：“2023年\*\*月\*\*日\*\*：\*\*前请勿启封”之字样；密封袋供应商名称及密封条处须加盖供应商鲜章。

4、供应商应于比选文件中规定的递交比选申请文件截止时间前将比选申请文件送达比选邀请中的指定地点。

## 六、无效文件

比选申请文件属于以下情况的将被视为无效文件：

1、未按比选文件要求提供有效资格证明材料的；

2、未按比选文件要求完成报价的；

3、未按比选文件要求完成签字、盖章的；

4、工作内容不满足比选文件基本要求的；

5、有重大技术偏离的；

6、未按比选文件要求比选保证金缴纳凭证的。

## 七、评审步骤和办法（最低价评标法）

本次项目按最低价评标法，评审小组按照得分由高到低的顺序推荐成交候选人。

**1、最低价评标法：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分因素及权重 | 分值 | 评分标准 | 说明 |
| 1 | 报价100% | 100 | 满足比选文件要求且报价价格最低的报价为基准价，其价格分为满分。其他供应商的价格分统一按照下列公式计算：报价得分=(评审基准价／报价) ×100 | 如存在不唯一最高分，采取随机抽取的形式产生中标人。 |

**2、提供相同品牌产品处理。（实质性要求）**

2.1多家供应商提供的任一产品品牌相同的，视为提供相同品牌产品。

2.2 提供相同品牌产品且通过资格审查、符合性审查的不同供应商参加同一合同项下比选的，按一家供应商计算，评审后得分最高的同品牌供应商获得成交人推荐资格；评审得分相同的，由采购人采取随机抽取方式确定一个供应商获得成交人推荐资格，其他同品牌供应商不作为成交候选人。

## 八、重新比选或终止比选

本次比选活动中，出现下列情形之一的，予以重新比选或终止比选：

（1）所有比选申请文件都不符合比选文件要求，并被全部否决的；

（2）出现影响比选公正的违法、违规行为的；

（3）因重大变故，比选采购任务取消的；

## 九、合同签订

1、由比选人确定成交供应商后，向成交人发出成交通知书，供应商应按成交通知书规定的时间和地点，与比选人签订采购合同。

2、比选文件、供应商提交的比选申请文件以及成交通知书均成为有法律约束力的合同的组成内容。

**第三章采购清单及技术要求**

## 前提：本章中标注“★”的条款为本项目的实质性条款，供应商不满足的，将按照无效响应处理。

## 一、项目概况

本项目共1个包，采购资阳市第一人民医院卫生健康决策支持数据分析服务制品一批。本项目最高限价6.7万元，超过最高限价及最高单价限价的报价为无效响应。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **包号/品目号** | **产品名称** | **计量单位** | **数量** | **最高单价限价（元）** | **最高总价限价（元）** |
| 01-01 | 卫生健康决策支持数据分析服务 | 项 | 1 | 67000 | 67000 |

## ★二、商务要求

**1．交货期及地点**

**1.1送货周期：**采购人通知后5个工作日内须开展项目服务到采购人指定地点。

**1.2 交货地点：**资阳市第一人民医院新区医院。

**2．付款方法和条件：**

采购人收到产品验收合格、产品正常使用、发票齐全后，次月内支付全部款项。

**3. 售后服务**

3.1 负责产品配送、安装、操作使用的培训。

3.2 质保期≥1年

**4. 其它要求**

4.1 随货随发票、送货单及产品相关资料。

4.2 如不能按约定提供产品（或服务），需及时通知采购人。

4.3 项目验收合格30日内，中标人应向采购人提供有效票据和请款申请，采购人在收到请款申请和有效完整票据后30日内，支付项目总金额的100%。服务期一年（自验收合格之日起）。

## ★三、技术参数要求

**01-01 卫生健康决策支持数据分析服务**

1. 卫生资源与服务 ：包含卫生资源、医疗服务、资产设备等各类数据主题，利用数据挖掘工具，以图形、报表等方式，为医院管理，监控，评价，预估等提供直观的、可视化、精细化的分析体系，为院领导快速掌握全院各项经营指标，提供及时正确的决策。依据提供一年数据分析服务。

2. 人力资源统计：包括人力概况、人力结构、人员流动及人员信忘一览表，满足医院对于人员流动情况的管理和分析需求。提供一年数据分析服务。

3. 病案首页分析挖掘：提供病案首页质量监测、病案首页指标综合分析。包括出院人数、费用情况、平均住院日、疾病构成、重点疾病、重点手术、质量与安全等，协助医院提高医疗能力，改善医疗质量，优化重点学科弥补不足学科等提供决策依据。提供一年数据分析服务。

4. 医院管理KPI：提供医院等级评审指标监测、医疗服务与质量分析，为医院管理者提供全面的医院运营情况，帮助提供及时正确的决策依据。提供一年数据分析服务。

**第四章****比选申请文件的相关格式及要求**

## 一、法定代表人授权书

**资阳市第一人民医院：**

（供应商全称）法定代表人授权为我公司代理人，参加贵单位组织的（比选项目名称/包号）采购活动。代理人在本次参加货物/服务采购活动中所签署的一切文件和处理的一切有关事物，我公司均予承认。

本授权书年月日签字生效，并作出如下声明：

1、我方无条件认可《比选文件》中原则申明的相关内容。

2、我方将严格按《比选文件》的规定履行合同责任和义务。

3、我方同意提供按照贵方可能要求的与其比选有关的一切数据或资料。

供应商全称：（加盖公章）

法定代表人：（签字或加盖法定代表人印章）

代理人：（签字）

日期：年月日

（供应商法定代表人、代理人身份证复印件并加盖公章附后）

## 二、报价一览表

包号：XXX

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 制造厂家及  规格型号 | 品牌 | 数量 | 投标单价  （元） | 投标总价  （元） | 交货  时间 | 是否属于进口产品 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 报价合计（万元）： 大写： | | | | | | | | | |

注：1、报价应是最终用户验收合格后的总价，包括货物运输、保险、代理、培训、税费和比选文件规定的其它费用。

2、“报价一览表”为多页的，每页均需由法定代表人/单位负责人或授权代表签字并加盖公章。

3、“报价一览表”以包为单位填写，除了单独密封递交外，在比选申请文件（正副本）中也应当提供，如有遗漏，将视为无效比选申请文件。

4、根据情况可增减表格行数，但不可随意更改表格样式。

供应商名称：(加盖公章)

法定代表人或代理人:（签字）

日期：年月日

## 三、供应商资格证明材料

**供应商提交的资格证明材料包括以下内容：**

1. 在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格的合法企业，营业执照中须有本比选项目的经营范围。（提供营业执照副本、税务登记证副本、组织机构代码证副本复印件，已实现三证合一的只需提供营业执照副本复印件）；
2. 法定代表人授权书；（原件，加盖鲜章）
3. 法定代表人身份证明文件；（复印件，加盖鲜章）
4. 代理人身份证明文件；（复印件，加盖鲜章）
5. 其他资格证明材料（如有，加盖鲜章）。

## 四、承诺函

**致资阳市第一人民医院：**

本单位（供应商名称）参加（比选项目名称/包号）的比选活动，现承诺：

一、具备本项目规定的条件：

（一）在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格的合法企业；

（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、截至比选申请文件递交截止日未被列入失信被执行人、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。

三、我单位及其现任法定代表人/主要负责人不具有行贿犯罪记录。

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：(加盖公章)

法定代表人或代理人:（签字）

日期：年月日

注：本承诺函可自行提供具有有效签字或盖章的格式。

## 五、其他资格证明文件（如有）

**（格式自拟）**

## 六、技术应答表

包号：XX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 技术内容 | 比选文件要求 | 响应服务参数 | 响应/偏离 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商名称：(加盖公章)

法定代表人或代理人:（签字）

日期：年 月 日

注：供应商必须据实填写，不得虚假应答，如与比选文件所列服务要求相关条款无偏离（包括正偏离和负偏离），则无须逐条应答。如有偏离条款，请将偏离条款逐条应答。未明确偏离的条款，视为默认接受，供应商不得籍未作应答而拒不接受。

## 七、商务应答表

包号：XXX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 比选文件条目号 | 比选文件要求 | 供应商应答 | 响应/偏离 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商名称：(加盖公章)

法定代表人或代理人:（签字）

日期：年月日

注：供应商必须据实填写，不得虚假应答，如与比选文件所列商务相关条款无偏离（包括正偏离和负偏离），则无须逐条应答。如有偏离条款，请将偏离条款逐条应答。未明确偏离的条款，视为默认接受，供应商不得籍未作应答而拒不接受。

## 八、廉洁承诺书

为了全面贯彻落实中共中央办公厅、国务院办公厅共同签发的《〈关于开展治理商业贿赂专项工作的意见〉的通知》和卫生部、国家中医药管理局《关于开展治理医药购销领域商业贿赂专项工作的实施意见》及省卫生厅治理医药购销领域商业贿赂专项工作培训会议精神，结合资阳市第一人民医院反商业贿赂工作实际，依法保护双方在药品、医用设备、医用耗材等购销活动中的合法权益，承诺如下：

一、进一步统一思想，充分认识开展治理商业贿赂专项治理的重要性、紧迫性和必要性。

二、应积极配合医院开展自查自纠工作，积极配合对相关医务人员的商业贿赂行为进行查处。

三、不找有关领导干涉药品、医用设备、医用耗材等购销活动，不以贿赂的方式将上述商品销售到医院。

四、不向药品、医用设备、医用耗材等购销人员给予各种名义的财物或回扣。

五、不向从事药品、医用设备、医用耗材等相关活动的人员给予开单费、临床促销费、宣传费、劳务费、统方费等费用。

六、不为医院相关人员报销电话费、娱乐费、差旅费、餐费等应由本人支付的各种费用。

七、不组织甲方相关人员参加国内外旅游、座谈会、学术会等活动。

八、不向甲方相关人员赠送各种实物及有价证券。

九、不派工作人员到医院临床科室进行药品、医用设备、医用耗材的广告宣传。

十、不以任何理由向医院及其相关人员进行商业贿赂。

十一、如违反上述约定，医院有权单方终止现有购销关系，若违反承诺条款，公司承诺：三年内无权参加医院所有的采购活动。

十二、违反上述约定，应向医院支付违约金二万元，医院可直接在双方购销款中扣除。

承诺公司：（盖章）

承诺代表：

承诺时间：2023年 月 日

## 九、其他材料（如有）

**（格式自拟）**

**第五章采购合同模板**

签订时间： 年　月　日

采购人（甲方）：资阳市第一人民医院

供应商（乙方）：

根据《院内自行采购工作规范【2022】144号》《中华人民共和国民法典》要求，参照《中华人民共和国政府采购法》等法律法规及资阳市第一人民医院 采购项目（项目编号： ）的“采购要求”、乙方的“响应情况”，甲、乙双方同意签订本合同。双方同意共同遵守如下条款：

一、合同产品

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品或服务名称 | 规格型号 | 数量 | 单价/元 | 金额/元 | 生产公司 | 注册证号 | 商品代码 | 国家医保代码 | 付款方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计：人民币 元 （大写：人民币 元整） | | | | | | | | | | |

二、合同总价

合同总价为人民币大写： 元整，即RMB￥： 元；该合同总价已包括产品或服务验收合格交付使用之前及保修期内保修服务与备用物件等所有其他有关各项的含税费用。甲方无须另向乙方支付本合同规定之外的其他任何费用。

三、质量要求

（一）乙方须提供全新无质量问题的产品（含零部件、配件等），表面无划伤、无碰撞痕迹，且权属清楚，不得侵害他人的知识产权。

（二）产品或服务必须符合或优于国家（行业）标准，以及本项目采购要求。

（三）产品质保期： 年。自产品安装调试完毕、设备运行正常、甲乙双方验收合格签字确认之日起计算质保期。

四、安装调试和验收培训

乙方应就产品的正常使用等对甲方人员进行免费培训和协助。

五、付款方式（二选一）

□付款方式（一）：所有产品或服务在甲方使用现场经验收合格，在收到乙方出具合法有效完整的完税发票及相关验收凭证资料后的次月内，付合同总金额的100%，即人民币： 元（人民币大写： 元整）。

☑付款方式（二）：甲方收到产品验收入库、发票齐全、正常使用完后，即可按照甲方账期进行滚动付款。

六、违约责任

因乙方提供的产品问题造成了甲方经济或名誉损失（包括但不限于甲方患者及员工受害、甲方因乙方产品问题向第三人赔偿等）的，乙方对上述甲方损失承担全额赔偿责任并额外支付甲方合同总额20%的违约金，同时甲方有权原价退回本合同项下全部产品。

七、其他

（一）如有未尽事宜，由甲乙双方协商解决或依法订立补充合同。若合同履行期间发生争议，应协商解决，经协商或调解不成的，向甲方所在地人民法院诉讼解决。

（二）本合同一式四份，自双方签章之日起生效。甲方三份，乙方一份。

|  |  |
| --- | --- |
| 甲方：（章）资阳市第一人民医院  地址：资阳市雁江区仁德西路66号  法定代表人签字：  授权代理人：  统一社会信用代码：12511800451513294D  开户行：建行资阳和平路支行  账号：51001687367051500244  电话：028-26655128  日期：202 年　月　日 | 乙方：（章）  地址：  法定代表人签字：  授权代理人：  统一社会信用代码：  开户行：  账号：  电话：  日期：202 年　月　日 |