达州市通川区人民医院

国家传染病智能监测预警前置软件对接服务单一来源采购文件

**采购人：达州市通川区人民医院**

**2024年10月**

**第一章 采购邀请**

达州市通川区人民医院拟对国家传染病智能监测预警前置软件对接服务采用单一来源方式进行采购，特邀请符合要求的供应商参与协商议价。兹邀请拟定供应商：成都小丑鱼网络信息技术有限公司。

**一、项目名称：**达州市通川区人民医院国家传染病智能监测预警前置软件对接服务。

**二、预算金额：**28000元，超过预算价报价无效。

三、项目内容：详见第四章。

**四、供应商参加本次采购活动应具备下列条件：**

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. 具有履行合同所必需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. 法律、行政法规规定的其他条件：

1、参加本次采购活动的供应商单位、现任法定代表人或主要负责人在前三年内无行贿犯罪记录；

2、本项目不接受联合体参加协商议价。

**五、领取单一来源采购文件：**邀请拟定供应商在我院官网已公开的单一来源采购方式公告的附件中获取。

**六、递交响应文件截止时间及协商时间：**

1. 响应文件递交截止时间：2024年11月6日15：30（北京时间）；
2. 协商时间：2024年11月6日15：30（北京时间）；
3. 响应文件必须在递交响应文件截止时间前送达开标地点，逾期送达的响应文件不予接收；
4. 本次采购不接受邮寄的响应文件，报名资料一正两副。
5. **响应文件递交地点：**达州市通川区西外新锦社区白塔路411号（通川区人民医院行政二楼）

**八、联系方式：**

（一）采购单位：达州市通川区人民医院

（二）地址：达州市通川区西外新锦社区白塔路411号（通川区人民医院行政二楼）

（三）联系人：龚老师

（四）联系电话：0818-2396039

**第二章 供应商的资格、资质性及其他类似效力要求**

## 

## 一、供应商资格、资质性要求

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、具有履行合同所必需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、法律、行政法规规定的其他条件。

## 二、供应商其他类似效力要求

1、参加本次采购活动的供应商代表证明材料；

2、本项目不允许联合体参与采购活动。

**第三章 供应商应当提供的资格、资质性及其他类似效力要求的相关证明材料**

## 一、供应商应当提供的资格、资质性要求的相关证明材料

**1、具有独立承担民事责任的能力：**

①供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”复印件；

②若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”复印件；

③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”复印件；

④供应商若为自然人：提供“身份证明材料”复印件。

**2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度：**

**（1）具有良好的商业信誉：**提供具有良好的商业信誉承诺。

**（2）具有健全的财务会计制度：**提供承诺函原件（格式自拟）**或者**提供①可提供近三年（任意一年）供应商经审计的完整有效的财务报告复印件；②也可提供近三年（任意一年）供应商内部的财务报表复印件（至少应包含资产负债表、现金流量表、利润表）；③也可提供距文件递交截止日一年内银行出具的资信证明（复印件）；④供应商注册时间至文件递交截止日不足一年的，也可提供在市场监督管理部门备案的公司章程（复印件）；⑤非营利性单位或者社会团体或者其他机关事业单位以符合财务会计制度为准。

**3、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力**：提供供应商能力情况说明或同等效力的其他证明材料或声明函（格式自拟）。

**4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录**：提供依法缴纳税收和社会保障资金的承诺函原件或者近三个月依法缴纳税收和社会保障资金的证明材料复印件。

**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**：提供供应商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的承诺函。

**6、法律、行政法规规定的其他条件**：提供承诺函。（格式详见承诺函1）

## 二、供应商应当提供的其他类似效力证明材料

**1、参加本次采购活动的供应商代表证明材料：**

（1）“法定代表人/负责人身份证明原件”及“法定代表人/负责人身份证明材料复印件”（供应商代表为法定代表人/负责人时提供）。

（2）“法定代表人/负责人授权书原件”及“法定代表人/负责人和授权代表身份证明材料复印件”（供应商代表为非法定代表人/负责人时提供）。

**第四章 采购项目技术、服务、采购合同内容条款及其他商务要求**

## 一、项目概述

根据《关于加快部署实施国家传染病智能监测预警前置软件的通知》（川疾控局综规划法规便函〔2024〕14 号）文件、《四川省医疗机构部署实施前置软件工作清单》要求，达州市通川区人民医院目前已完成前置软件服务器软硬件环境配置的部署，现需要进行国家传染病智能监测预警前置软件医疗机构院内系统接口改造服务。以确保按时按质完成传染病监测预警与应急指挥能力提升项目。本项目共1个包。

## ★服务内容及要求

## **1、项目清单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 拟提供货物或服务名称 | 数量（单位） | 备注 |
| 国家传染病智能监测预警前置软件对接服务 | 1 | 详见技术指标 |

## 三、★商务要求

1、履行时间（期限）：合同签订后30日内。

2、履行地点（范围）：达州市通川区人民医院指定地点。

3、付款方式：验收合格后10个工作日内支付全部合同金额。

4、违约责任：

（1）如因成交供应商工作人员在履行职务过程中的的疏忽、失职、过错等故意或者过失原因给采购人造成损失或侵害，包括但不限于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，供应商对此均应承担全部的赔偿责任。

5、质保不少于1年。售后服务要求：①在接到服务需求后，在1小时内响应，并告知解决方案和解决时间；②网络或者远程可以解决问题的，1小时内为我院提供网络服务或者远程支持服务，并在1天内解决问题，或者提供适当的解决方案；③如果通过热线、网络、远程均无法解决问题，成交供应商将会在24小时之内安排技术工程师赶到现场进行处理维护；④根据采购人要求免费提供技术培训。

**注：本章采购需求中标注“★”号的条款为本次采购项目的实质性要求，供应商应全部满足。**

**第五章 响应文件格式**

1. 本章所制响应文件格式，除格式中明确将该格式作为实质性要求的，一律不具有强制性，供应商可根据单一来源采购文件所对应要求自行提供，但提供的文件不满足或未实质性响应单一来源采购文件要求的将做无效响应处理。
2. 本章所制响应文件格式有关表格中的备注栏，由供应商根据自身响应情况作解释性说明，不作为必填项。

三、本章所制响应文件格式中需要填写的相关内容事项，可能会与本采购项目无关，在不改变响应文件原义、不影响本项目采购需求的情况下，供应商可以不予填写，但应当注明。

**正本或副本**

达州市通川区人民医院

国家传染病智能监测预警前置软件对接服务单一来源采购项目

响

应

文

件

单位名称： （盖章）

法定代表人（或授权代表）： （签字）

日期： 年 月 日

**格式1：具有独立承担民事责任的能力**

**根据第三章要求提供**

**格式2：具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度**

**（一）具有良好的商业信誉承诺**

致：达州市通川区人民医院

我单位现参与 项目（项目编号：tcqrmyy-xxk-20241028），并作出如下承诺：

我单位具有良好的商业信誉，随时接受采购人的检查验证。如违反上述承诺，我单位将按照相关规定接受处罚，并通过媒体予以公布。

特此承诺。

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**（二）具有健全的财务会计制度**

**根据第三章要求提供**

**格式3：具有履行合同所必需的设备和专业技术能力**

**根据第三章要求提供**

**格式4：具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录**

**依法缴纳税收和社会保障资金的承诺函**

致：达州市通川区人民医院

我单位现参与 项目（项目编号： tcqrmyy-xxk-20241028），并作出如下承诺：

我单位依法缴纳税收和员工社会保险，具有良好记录，随时接受采购人的检查验证。如违反上述承诺，我单位将按照相关规定接受处罚，并通过媒体予以公布。

特此承诺。

供应商名称（加盖公章）：

日期: 年 月 日

**格式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**

**无重大违法记录承诺函**

致： 达州市通川区人民医院

我单位现参与 项目（项目编号：tcqrmyy-xxk-20241028），并作出如下承诺：

我单位在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，随时接受采购人的检查验证。如违反上述承诺，我单位将按照相关规定接受处罚，并通过媒体予以公布。

特此承诺。

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**格式6：承诺函1**

**承诺函1**

达州市通川区人民医院：

（供应商名称）作为参加本次采购活动的供应商，现郑重承诺：

具备本项目规定的条件：

（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）本项目提出的特殊条件。

本公司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）：

日期： 年 月 日

**格式7参加本次采购活动的供应商代表证明材料**

**法定代表人/负责人身份证明**

（若供应商代表为“法定代表人/负责人”时提供此页）

达州市通川区人民医院：

（姓名）系（供应商名称）的法定代表人/负责人（职务电话）。

特此证明。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人/负责人（签字）：

日期： 年 月 日

**附：法定代表人/负责人身份证明材料复印件**

**注：**

1. **供应商为自然人时提供“自然人身份证明材料”。**
2. **提供其有效的证明材料，若提供居民身份证，须为正、反面复印件。**
3. **身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照等。**

**法定代表人/负责人授权委托书**

（若供应商代表为“授权代表”时提供此页）

致： 达州市通川区人民医院

（供应商名称）法定代表人/负责人 授权委托 ）的采购活动。代理人在本次采购中所签署的一切文件和处理的一切有关事宜，我单位均予承认，所产生的法律后果均由我单位承担。

特此声明。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人/负责人（签字）：

授权代表（签字）：

日期: 年 月 日

**附：1、代理人身份证明材料复印件（加盖公章）**

**2、法定代表人/负责人身份证明材料复印件（加盖公章）**

**注：**

**1、提供其有效的证明材料，若提供居民身份证，须为正、反面复印件。**

**2、身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照等。**

**格式8：报价一览表**

**报价一览表（第 轮）**

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务内容 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 总价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 报价金额小写合计： 元，（大写： ） | | | | | | |

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日**格式9：服务内容及要求应答表**

**服务内容及要求应答表**

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 单一来源采购文件要求 | 响应的应答情况 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
|  |  |  |

**注：**供应商根据单一来源文件要求据实逐条填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**格式10：商务应答表**

**商务应答表**

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 单一来源采购文件要求 | 响应的应答情况 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

**注：**供应商必须据实填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日