绵阳市中心医院

比 选 文 件

项目名称：智慧病房设备

项目编号：MYCH比选（2024）014号

绵阳市中心医院采购科

2024年3月

各供应商：

绵阳市中心医院拟对 智慧病房设备

 进行比选采购，欢迎能提供本货物和服务的供应商参与比选采购活动。

1. 采购项目内容

本次采购智慧病房设备包括：

1.硬件：床旁交互屏60台、智能交互门口屏19台

2.软件：智慧病房基础服务平台及数据交换平台1套

3.提供软、硬件免费维保三年。

二、 比选要求

（一）供应商资格条件要求

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、具有履行合同所必须的设备和专业技术能力。

4、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

5、供应商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、本项目参加政府采购活动的投标人、法定代表人(非法人负责人、自然人本人)在前3年内不得具有行贿犯罪记录。

7、法律、行政法规规定的其他条件。

（二）技术或服务要求

1. 项目总体建设内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 硬件 | 单位 | 数量 |
| 1 | 智能床旁交互终端 | 台 | 60 |
| 2 | 智能门牌交互终端 | 台 | 19 |
| 软件 |
| 3 | 智慧床旁患者服务系统 | 套 | 1 |

1. 硬件技术要求
2. 智能床旁交互终端
3. 显示模块：分辨率≥1280x800；屏幕类型：IPS多点电容触显一体屏；屏幕尺寸：≥10.1寸；
4. 主控模块：CPU≥1.3GHz；核心数≥4核；运行内存≥2GB；存储容量≥16GB；
5. ★身份识别：射频、NFC多合一读卡器；
6. 前置摄像头：带自动调焦，像素≥500万；
7. WIFI 支持2.4G和5G频段；
8. 蓝牙：蓝牙≥4.0；
9. ★POE供电：支持；
10. ★以太网口：支持；
11. 操作系统：安卓6及以上；
12. 按键形式：实体按键\*2 （音量调节键），复位按键\*1 （复位按键孔）
13. USB接口：Type C接口，USB2.0（OTG）功能
14. 电源接口：直流电源接口\*2 （后壳部位电源插座接口） 外接电源输入：交流110V/220V 直流输出：12V/5A
15. 音频：内置扬声器≥2W ，3.5mm耳机接口
16. 其他：抑菌材料外壳
17. 工作温度：+5℃~+40℃
18. 储存温度：-20℃~+55℃
19. 湿度：25%~90% RH 无凝露状态
20. 存储运输湿度 93%（40℃）
21. ★本产品须出具产品3C认证证书
22. 智能门牌交互终端
23. 显示模块：分辨率≥1920x1080；屏幕类型：IPS多点电容触显一体屏；屏幕尺寸≥11.6寸；
24. 主控模块：CPU≥1.3GHz；核心数≥4核；运行内存≥2GB；存储容量≥16GB；
25. 身份识别：射频、NFC多合一读卡器；
26. WIFI 支持2.4G和5G频段；
27. 蓝牙：蓝牙4.0；
28. ★POE供电：支持；
29. ★以太网口：支持；
30. USB接口：Type C接口，USB2.0（OTG）功能
31. 电源接口：直流电源接口（后壳部位电源插座接口），外接电源输入：交流110V/220V 直流输出：12V/5A
32. 扬声器≥2W
33. 操作系统：安卓6及以上；
34. 其他：抑菌材料外壳
35. 工作温度：+5℃~+40℃
36. 储存温度：-20℃~+55℃
37. 湿度：25%~90% RH 无凝露状态
38. 存储运输湿度：93%（40℃）
39. ★本产品须出具产品3C认证证书
40. 软件技术要求

智慧床旁患者服务系统：

1. 智能门牌系统
2. 病房患者医护信息一览：集中显示病房医护信息，如患者床号、姓名、责任医生、责任护士、病区护士长、科室主任等。
3. 床头智能终端系统
4. 电子床头卡首页

电子床头卡首页布局可定制，项目可删减。包括：床位号，住院号，姓名，性别，年龄，护理等级，饮食种类，隔离状况，入院日期、主管医生，责任护士等信息，首页可展示住院号一维码或二维码信息。

1. 科室介绍

在床头屏端可查看科室简介及医生介绍。

1. 报告查询

可查询患者此次住院期间3个月内的检查检验结果及明细。

1. 费用查询

可以展示患者住院期间的总费用、预缴金、余额，可按照日期查询近30日内每天的费用明细。

1. 预缴金充值

患者在床头屏通过身份识别后，扫描支付二维码完成预缴金充值。

1. 充值记录

床旁预缴金充值后，可查看预交金充值记录，含充值时间、金额、支付方式。

1. 温馨提醒

预缴金充值提醒：有新的催缴信息时，可实时查看预缴金充值金额的提醒信息；

检查检验报告提醒：有新报告时，可实时查看检查检验报告的提醒信息；

口服用药提醒：精准实时提醒患者的服药信息；

手术提醒：有新的手术信息时，患者可实时查看手术信息；

1. 治疗计划

可查看患者当天的口服用药、检查检验、手术及护理提醒的医嘱信息。

1. 满意度评价

患者在前端完成评价，后台对结果进行实时统计分析。

1. 健康宣教

通过床头终端完成对病人的健康宣教工作，患者可查看宣教信息。

1. 价格公示

为患者提供不同项目的价格公示，增加信息的透明度，提高患者的满意度。

1. 软件自动升级

系统功能更新时，可通过后台自动进行升级。

带“★”的项目为实质性参数，出现负偏离视为无效响应。

1. ★商务要求

（一）质量要求

1、投标人须提供全新的货物（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，投标人**应承诺提供所投所有产品的合格证书**。

2、货物必须符合或优于国家（行业）国家通用检测标准，以及本项目招标文件的质量要求和技术指标与出厂标准。

3、货物制造质量出现问题，投标人应负责三包（包修、包换、包退），费用由投标人负担，采购人有权到投标人生产场地检查货物质量和生产进度。

4、货到现场后由于采购人保管不当造成的质量问题，投标人亦应负责修理，但费用由采购人负担。

（二）交货及验收

1、投标人交货期限为合同签订生效后的30日内，在合同签订生效之日起30天内交货到采购人指定地点，随即在30日内全部完成安装调试验收合格交付使用。

2、验收由采购人组织，投标人配合进行：

(1)货物在投标人通知安装调试完毕后 3 日内验收。验收合格后，双方签订验收报告；

(2)验收标准：按国家有关规定及《绵阳市财政局关于进一步加强履约验收管理的通知》(绵财采〔2019〕22号)、采购人招标文件的质量要求和技术指标、投标人的投标文件及承诺与本合同约定标准、进行验收；双方如对质量要求和技术指标的约定标准有相互抵触或异议的事项，由采购人在招标与投标文件中按质量要求和技术指标比较优胜的原则确定该项的约定标准进行验收；

(3)如质量验收合格，双方签署质量验收报告。

3、投标人应将所提供货物的装箱清单、配件、随机工具、用户使用手册、原厂保修卡等资料交付给采购人；投标人不能完整交付货物及本款规定的单证和工具的，必须负责补齐，否则视为未按合同约定交货。

4、如货物经投标人 3 次维修仍不能达到合同约定的质量标准，采购人有权退货，并视作投标人不能交付货物而须支付违约赔偿金给采购人，采购人还可依法追究投标人的违约责任。

（三）付款方式

全部货物安装调试完毕并验收合格之日起，采购人接到投标人通知与票据凭证等相关资料以后的 30日内，向投标人支付合同总价的95%，首次支付需出具全额发票；

验收合格满1年后，采购人接到投标人通知与票据凭证等相关资料以后的 30日内，向投标人支付合同总价的5%。

（四）维保服务要求

1.维保时间

自验收合格之日，所有硬件设备原厂免费质保期不得少于3年，软件原厂质保及升级免费服务期限不得少于3年，设备的原厂免费升级服务期限均不得少于3年，三年后年维保费不超过采购价的5%。

2.维保人员

投标人应安排责任心强、有技术实力的维保人员进行维保工作，指定专人负责项目的维保工作，协助采购人做好维保服务。

3.定期维护：

现场抽检：根据设备所处具体地理位置进行抽检，记录设备运行状况，对出现或可能出现的故障进行现场处理。

电话抽检：对设备使用人员或管理机构进行电话询问检查，解答或帮助解决日常简单故障并做好相关记录。

巡检周期：所维护的设备除日常报修外，每季度定期抽检一次。

三、响应文件内容

1、响应文件封面。

2、提供有效的《营业执照》、《税务登记证》、《组织机构代码证》或三证合一的《营业执照》。

3、法人的授权书、法人和授权代表身份证复印件。

4、报价函。

5、技术、商务、服务要求响应表。

6、商务要求承诺函。

7、设备介绍（品牌、彩页、参数等）

8、服务要求、商务要求相关材料证明。

注：1.此文件中没有模板的条项，格式请供应商自拟。

 2.每一页都需要加盖公章。

四、注意事项

有以下情形之一的，按无效投标处理：

1、 响应文件组成内容不齐或相关证件证书资料过期。

2、 响应文件提供虚假材料谋求成交的；

3、 不按照要求发送响应文件邮件的；

4、 不按时按要求参加比选活动的。

5、 在比选活动现场不听从安排，扰乱比选活动的。

**五**、比选时间、地点

1、 比选时间：另行通知

2、 比选文件递交地点：绵阳市中心医院采购科邮箱：2242490135@qq.com

3、 比选地点：另行通知

六、联系方式

1、项目咨询：沈老师 15984604404

2、报名咨询：尹老师 18081208357

3、监督电话：杨老师 0816-2237353

4、地址：绵阳市中心医院综合楼309室

**比选响应文件**

**项目编号：**

**项目名称：**

**授权代表：**

**手机号码：**

**邮箱号码：**

**供应商全称： （盖章）**

**二〇二三年 月 日**

绵阳市中心医院报价单

|  |
| --- |
| 比选供应商全称： |
| 产品名称： |
| 产品规格： |
| 报价 (总价) 大写 ： |
| 报价 (总价) 小写： |

比选单位： (公章)

法定代表人或授权代表： (签名) 年 月 日

法定代表人身份证明

比选单位名称：

单位性质：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 职务：

系 的法定代表人。

特此证明。

比选单位： (盖单位公章)

年 月 日

法定代表人授权委托书

本授权书声明：

我 (姓名)系 (供应商名称) 的法定代表人，现授权我单位的 (姓名) 为我公司授权代理人，以本公司的名义参加 项目公开比选活动。授权代理人在本次公开比选过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

授权代理人： 性 别：

单 位 ： 部 门：

职 务： 电 话：

授权代理人无转让权，特此授权。

供应商： (盖章)

法定代表人： (签字或盖章)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件 |  | 授权代理人身份证复印件 |
|  |

**技术、服务响应表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务/产品名称（如涉及） | 比选文件要求 | 投标响应 | 服务和产品（如涉及）工作环境条件 | 相应证明材料 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：1、供应商必须把磋商文件的全部服务要求列入此表，按顺序逐项对照填写。备注中可注明正、负或无偏离。

2、供应商应根据磋商文件中的服务指标、服务要求，逐项、详细、真实的填写应尽可能提供相应证明材料。投标产品（如涉及）的品牌、型号、配置、本身的详细的技术指标和参数，应尽可能提供相应证明材料予以佐证。

3、供应商必须据实填写，不得虚假响应，否则将取消其投标或成交资格，并按有关规定进行处罚。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

**第三部分 商务**

**商务应答表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 采购要求 | 投标应答 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

注：供应商必须据实填写（备注中可注明正、负或无偏离），不得虚假响应，否则将取消其投标或成交资格，并按有关规定进行处罚。未按要求填写并在响应文件中无资料应证影响评比的责任自负。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

**商业信誉承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有良好的商业信誉。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本承诺书。

**健全在财务会计制度承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有健全的财务会计制度。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本承诺书。

**具有履行合同所必须的设备和专业技术能力的承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）具有参加本次采购活动，履行采购合同所必须的设备和专业技术能力。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，由投标的全权代表方做出承诺。

**具有依法缴纳税收和社会保障资金良好记录的承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，能够提供证明材料的联合体方应按招标文件要求提供，对提供证明材料困难的其他联合体方应作出此承诺。

**没有重大违法记录的书面声明**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重声明：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录（即因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚的行为）。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

 备注：1. 参照《四川省财政厅关于印发〈关于贯彻落实<中华人民共和国政府采购法实施条例>的若干规定〉的通知》（川财采[2015]37号）的规定，采购项目所属行业行政主管部门对较大数额罚款金额标准未明文规定的，应当以四川省人民政府规定的行政处罚罚款听证标准金额为准（《四川省行政处罚听证程序暂行规定》第三条：“本规定所称较大数额的罚款，是指对非经营活动中违法行为处以1000元以上，对经营活动中的违法行为处以20000元以上罚款”）。

 2.若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本声明。

**制造商家或代理商授权书（如涉及）**

绵阳市中心医院：

（制造商家或代理商名称）是在 .（国名）依法登记注册的，其厂址现在。

（被授权公司名称）是在.

（国名）依法登记注册的，其主要营业地点现在。

（制造商家或代理商名称）授权 （被授权公司名称）为我方制造或代理的品牌产品的合法销售商（授权销售的产品可附清单），全权处理与该产品投标的有关事宜，并对我方具有约束力。

作为制造商或代理商，我方承诺，为本次招标提供的货物为原厂制造、合法渠道供应的全新产品。我方保证以投标合作者来约束自己，并对该投标共同承担和分别承担招标文件中所规定的义务。

授权期限：

授权单位名称：（盖公章）

日期：

注：1、供应商也可提供制造商家或代理商自有的授权格式文件，但授权文件中必须明确：制造商或代理商和被授权单位的名称及登记注册地、参加投标的授权销售产品、授权日期、授权单位的公章。制造厂家可以是派出机构。若由代理商授权的，须同时提供制造厂家授权代理商的授权文件复印件。

 2、制造商家或代理商授权书根据采购项目要求提供，没有要求的不需要提供。

**无行贿犯罪记录的承诺函**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内公司及法定代表人（非法人负责人、自然人本人）在前3年内无行贿犯罪记录。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**诚信行为声明函**

绵阳市中心医院：

本公司作为“ （项目名称） ” 编号： 采购项目的供应商，郑重声明：

1、在参与本次同一合同项下的采购活动中，不存在与其他供应商的单位负责人为同一人或者与其他供应商存在直接控股、管理关系的情形；

2、在参加本次采购活动前，未被纳入法院、市场监管部门、税务部门、银行认定的失信名单内；

3、在参加本次采购活动前三年内的采购合同履约过程中及其他经营活动履约过程中，无未依法履约被有关部门处罚（处理）的行为；

4、在参加采购活动前一年内无《四川省政府采购当事人诚信管理办法》第八条之规定的失信行为。

本公司对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

供应商名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**供应商廉政承诺书**

本企业参与“项目名称 ”编号：项目的投标，现郑重承诺：

一、不以任何方式向项目招标采购人员、审批人员、监管及行业主管人员以及评标专家等行贿。

二、不以任何方式托人打招呼、求关照，搞利益结盟，腐蚀党和国家机关工作人员。

以上承诺如有违反，请严肃处理，欢迎监督举报！

供应商名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**供应商基本情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商名称 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 传真 |  | 网址 |  |
| 组织结构 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 电话 |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 电话 |  |
| 成立时间 |  | 员工总人数： |
| 企业资质等级 |  | 其中 | 项目经理 |  |
| 营业执照号 |  | 高级职称人员 |  |
| 注册资金 |  | 中级职称人员 |  |
| 开户银行 |  | 初级职称人员 |  |
| 账号 |  | 技工 |  |
| 经营范围 |  |
| 备注 |  |

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日