体检管理信息系统升级及维保服务项目

招标文件(第一次)

一、项目名称：体检管理信息系统升级及维保服务项目

二、采购预算（最高上限价）：84700元

维保对象：福州天瑞体检软件及高级功能组件，

用途：针对浏阳市人民医院体检系统及其组件提供运维服务

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 金额（元） |
| 健康管理中心 | 体检管理信息系统（天瑞）维保服务 | 1年 | 47200 |
| 个性化功能升级 | 2个 | 27500 |
| 接口改造 | 1个 | 10000 |
| 备注 | 维保期限：2025年8月1日至2026年7月31日 | | |

三、付款方式：1、乙方应向甲方提供合法的发票，维保费用每半年支付一次，服务期满半年后支付该年度维保费的50%。每次付款时必须提供病案信息部（信息科）和健康管理中心的服务考评结果，考评合格方可付款。2、个性化功能升级及接口改造费用，经甲方确认乙方工作人员进场及系统安装部署后，甲方按发票支付总金额的30%，验收合格系统正常运行后次月，再支付总金额的60%，余款10%在质保期届满后一个月内由病案信息部（信息科）和系统使用科室进行运行评价合格后，按财务科流程付清。

四、评标方式：竞争性议价，现场有二次议价。

五、投标人的资格要求

1、营业执照（需备注三证合一或五证合一）

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书（如有）

六、服务需求及参数

1、售后服务方案

1）提供的应用软件产品的故障排除、知识库更新等技术服务。

2）提供7×24小时热线电话，电话服务30分钟内受理，对于电话和远程无法解决的问题， 24小时内安排工程师现场处理。

3）在当年度的售后服务期内，乙方可以免费为甲方提供一年2次的上门服务，并为用户出具系统故障统计分析说明，在服务的过程中，培训甲方的技术人员执行预防性维护任务。

4）如遇到政策变化、核心技术升级等事项，则按常规进行程序开发、调整，该项内容不在售后服务的范围之内。

2、售后服务内容

1）技术支持内容

（1）系统在运行中的系统本身故障排除及出错处理；

（2）系统所处网络环境、主机及其他外设适配带来的调整工作；

（3）系统与其他软件适配带来的调整工作；

（4）如有需要时，对每天已定时备份完成的数据进行恢复工作；

（5）提供应用软件版本升级、功能维护、咨询。还包括增强软件性能、提高软件运行效率而需要进行的维护；以及使应用软件适应硬件和软件环境的变化而修改软件等维护；

（6）其他可通过远程协助解决的技术问题。

2）技术升级内容

（1）结构调整：指乙方由于业务流程与数据关系发生变化而带来应用系统架构的调整；

（2）功能扩充：指乙方在现有基础上功能模块的增加；

（3）信息扩充：指乙方知识库更新时，将通过专用接口实现同步更新；

（4）功能调整：指乙方为适应政策变化或技术升级的其他必需的改进；

空间更新：指乙方由于业务流程与数据关系发生变化而带来的个人健康管理空间的必要更新。

1. 培训
2. 培训：培训对象包括系统管理员、医院管理人员、操作员，系统管理人员；培训内容为系统中涉及的相关技术内容；医院管理人员培训内容为系统流程和相关管理思想；操作员为系统的操作培训。

（2）根据医院的情况制定相关培训方案，课程设置等。包括培训资料、讲义等。

4）售后服务方式

（1）电话在线服务

乙方指定技术人员将通过电话进行技术支持，协助和指导甲方的技术人员确定故障原因，找出解决办法予以解决，完成该次服务。

（2）远程协助

当电话、邮件支持不足以解决问题或故障情况比较复杂时，乙方客户服务中心的技术人员将在甲方技术人员的协助下，通过远程登录的方式登录进入甲方的软件客户端。乙方客户服务中心的技术人员在甲方技术人员的协助下确定故障原因，找出解决的方法予以解决，完成该次服务。

（3）客户回访

乙方客服人员定期对甲方进行电话回访，或者定期现场拜访客户，对甲方在软件使用过程中的常见问题进行解答。

（4）现场技术支持

（5）服务项目内容：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务项目 | 服务内容 | 服务方式（“-”表示不以该方式提供） | | | |
| 电话/在线服务 | 远程  维护 | 定期  维护 | 备注 |
| 系统故障诊断 | 诊断系统故障原因，并提出排除故障措施。 | √ | √ | √ |  |
| 系统使用指导 | 指导操作员使用系统，提高用户的系统应用能力和工作效率。 | √ | √ | √ |  |
| 系统软件安装 | 为客户提供有效授权的客户端软件。 | √ | √ | √ |  |
| 数据修正 | 查找系统中出错的数据，并进行修正。数据的错误常见于操作失误，死机、断电等意外造成的数据错误。 | - | √ | √ |  |
| 数据备份 | 备份系统数据，确保系统数据安全有效。 | √ | √ | √ |  |
| 数据恢复 | 恢复有效的备份系统数据。 | √ | √ | √ |  |
| 系统优化 | 对系统进行检测，提出优化系统性能方案。 | - | √ | √ |  |

1. 个性化功能升级

（1）湖南省健康管理体检机构质控标准要求进行重要异常结果，分A、B类进行管理，需进行系统升级调整。

（2）回访管理界面功能增强。

1. 接口改造

（1）体检与检查预约系统接口改造：按照检查预约系统接口规范进行接口升级改造，补齐内容，解决结果回传问题。

七、投标文件编制要求

1、投标文件必须采用装订成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件1。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

八、投标截止时间、开标时间及地点：

1、投标截止及开标时间：2025年6月19日09:00，超过截止时间的投标将被拒绝（★）。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

九、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话：李女士：0731-83620086  宋先生：0731-83605784

浏阳市人民医院

2025-6-10

**附件1：投标文件制作格式**

**投标文件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公章）**

**企业法人营业执照注册号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人或委托人:：\_\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

**投标人或委托人联系电话：\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

**投标日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

年月日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标) （彩印）
4. 报价文件

五、供应商认为需要提供的其它资料

**一、营业执照**（需备注三证合一或五证合一）

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间：年月日

经营期限：

经营范围：主营：；兼营：

姓名：性别：年龄：系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系（供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限：。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**四、报价文件**

投标人名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一 | 项目名称 |  |
| 二 | 总投标报价 | 小写：  大写： |
| 三 | 备注 |  |

注：本项目采用费用包干方式，供应商应根据项目要求和现场情况，详细列明项目所需的设备（软件开发）及材料购置，以及产品运输保险保管、项目安装调试、试运行测试通过验收等所有人工、管理、财务等所有费用，如一旦成交，在项目实施中出现任何遗漏，均视为包含在报价中，采购人不再支付任何费用。

供应商（盖单位章）：

法定代表人或其委托代理人签字：

日期：年月日

**五、供应商认为需要提供的其它资料**