血液透析管理系统维保服务项目招标文件（第一次）

一、项目名称:血液透析管理系统维保服务

二、采购预算（最高上限价）：30000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 血液净化中心 | 血液透析管理系统维保服务 | 1 | 年 | 30000 | 30000 |

三、服务期限：1年，服务周期：2025年7月1日至2026年6月30日。

四、付款方式：乙方应向甲方提供合法的发票，每半年支付一次维保费用，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）和血液净化中心的服务考评结果，考评合格方可付款。

五、评标办法：竞争性议价，现场需二次议价。

六、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）

4、基本账户信息

5、具有履行本项目采购合同所必须的设备和专业技术能力证明材料（根据项目具体履约需求明确）。

1. 服务需求及参数：

本需求所界定的维保服务是指投标人提供给浏阳市人民医院血透信息系统的软件应用方面的收费服务，包括软件正确性维护、软件安装和培训、定时巡检、技术支持服务等，具体说明如下：

在维护服务期内，提供服务内容主要包含四个部分：功能应用维护、数据维护、其他服务及对响应时间的承诺。

1.功能应用维护

1.1 通过电话、电子邮箱、网络远程、QQ等方式，提供以下服务：

1.2 提供软件功能的应用咨询，包括功能使用、功能配置、功能设置等；

1.3 协助查找、排除采购人在软件应用过程中出现的功能错误及模块的故障，保证系统功能正常运行；

1.4 协助采购人建立日常维护记录，形成系统维护记录制度和系统管理规范；

1.5 未经采购人分管领导或信息中心负责人审批，不得擅自修改系统业务数据、接口及功能需求等。

2.数据维护

通过电话、电子邮箱、网络远程、QQ、必要时现场维护等方式，提供以下服务：

2.1 提供数据恢复服务，因采购人操作不当或其它原因导致数据丢失（包括但不限于患者的所有透析数据，如透析记录、透析方案、评估记录等），需协助采购人系统维护人员查找原因，恢复数据；

2.2 提供数据调整服务，因采购人操作不当或其它原因造成患者数据出现部分或全部错误（包括但不限于查找不到患者信息、不能预检、不能编辑透析记录等），协助采购人系统维护人员查找原因，并对错误数据进行调整；

2.3 提供灾难解决办法，系统灾难发生时，承诺立即响应，以减少数据损失，降低灾难对整个系统正常运行的影响。

3.其他服务

3.1 投标人提供系统管理培训服务，根据采购人需求，可对采购人的高级管理人员或全权负责人，以及各岗位计算机管理系统维护管理人员进行岗前的技术培训。了解软件系统内包含的管理思想、管理流程。培训地点由采购人、投标人商定。

3.2 投标人提供系统维护培训服务，包括采购人人员离职、岗位调动、系统维护人员上岗前的培训。培训地点由采购人、投标人商定。

3.3 投标人提供巡检服务，巡检结束后给采购人提供巡检报告。

3.4 投标人提供维护热线，并为采购人建立维护档案，给予及时的系统支持；

3.5 投标人解答采购人关于系统和数据库的疑难问题。

4.响应时间

投标人将跟踪血透信息系统的问题，以确保对其都有适当的解决方案。

4.1 当系统出现灾难性故障，导致采购人全部或部分业务不能正常进行时，投标人承诺在收到采购人有效通知（包括但不限于报修电话或传真）后尽快（不超过半小时）通过远程手段给予支持。当4小时内无法协助解决时，投标人必须提供备用系统，并在24小时内排除故障；

4.2 当系统发生一般性故障（不影响系统正常运转的故障，如：数据丢失），但采购人的业务尚能正常运转时，投标人承诺在收到采购人有效通知（包括但不限于报修电话或传真）时起2小时内做出响应，在响应后2个工作日内提出解决方案，并在双方配合下解决问题。

说明：（1）投标人所提供的材料或者填写的内容必须真实、可靠，如有虚假或隐瞒，一经查实将导致投标被拒绝，并按照《中华人民共和国政府采购法》第七十七条第一款“提供虚假材料谋取中标、成交的”进行处罚，给采购人造成损失的应承担赔偿责任。

八、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。

九、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。

十、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

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

浏阳市人民医院

2025年6月10日

**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
5. 技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）
6. 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 | 交 货 期 |  |
| 三 | 总投标报价 | 小写：  大写： |
| 四 | 品牌型号 |  |
| 五 | 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

1. **技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）**

**六、供应商认为需要提供的其它资料**