**【招标公告】医院采购津医保医后付银联对接系统项目**

**一、项目名称**：天津市滨海新区中医医院采购津医保医后付银联对接系统项目

**二、项目预算**：4.95万元

**三、资质要求**

1.营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书扫描件或复印件并加盖公章。

2.财务状况报告等相关材料：提供上年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明复印件并加盖公章。

3.本年度至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料扫描件或复印件并加盖公章。

4.提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提交响应文件截止日前成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）并加盖公章。

5.供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，需提供法定代表人资格证明书（须加盖投标单位公章）；供应商若为供应商代表参加磋商，须提供法定代表人授权书（须由法定代表人签字或盖章）和供应商代表身份证原件。

6.本项目不接受联合体，不允许分包、转包。

**四、公示时间及报名地址**

1.公示时间：2024年11月22日至2024年11月27日

2.**投标截止日期**：2024年11月29日17点前（过期将视为自动放弃此次投标）

3.公告发布平台：医院官网、医院招标采购微信公众号、院内公示栏

4.投标地址：天津市滨海新区塘沽杭州道90号行政楼四楼采购办；

联系电话：022-60837877 联系人：张老师、刘老师

5.**投标文件要求:**投标文件要求正副本各一份，资质文件开标前审核（详见附件一：供应商资质审查要求），要求与技术标、商务标分开密封，在密封处加盖单位公章，并留投标人联系方式，以便通知开标时间。

**6.报名要求：**请参加投标的供应商将资质文件材料（盖章PDF版扫描件）在投标截止日期前通过邮箱发送至bhxqzyyycgb@163.com进行报名，邮件内附上联系电话，并电话确认院方已收到。

**五、招标方式：**院内招标。

**六、开标时间及地点**：另行通知。

**七、评标办法**：综合评分法。

**八、监督电话**：60837861

**九、本招标文件的最终解释权归天津市滨海新区中医医院**。

**注：招标需求请您关注医院官网：http://www.bhxqzyyy.com/首页中 “公告通知”专栏查找该项目招标文件下载，项目需求。**

天津市滨海新区中医医院

2024年11月22日

**项目需求**

**一、项目背景**

为满足津医保医后付与银联系统的对接需求，提高医保电子码使用率，拟采购津医保医后付银联对接系统，此系统包含收费窗口、自助机医保码一码付功能改造，检验检查登记、打印报告环节医保码全流程改造及维护等。

**二、项目预算**

4.95万。

**三、资格要求**

1.营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书扫描件或复印件并加盖公章。

2.财务状况报告等相关材料：提供上年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明复印件并加盖公章。

3.本年度至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料扫描件或复印件并加盖公章。

4.提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提交响应文件截止日前成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）并加盖公章。

5.供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，需提供法定代表人资格证明书（须加盖投标单位公章）；供应商若为供应商代表参加磋商，须提供法定代表人授权书（须由法定代表人签字或盖章）和供应商代表身份证原件。

6.本项目不接受联合体，不允许分包、转包。

1. **技术要求**

医技系统基于医院HIS系统封装的程序进行电子医保凭证对接，通过TJWN\_HIS\_WIN60.EXE DZPZ直接调用展示信息，保存到本地cardinfo.text。随机码用于从TXT文档中获取身份证号定位，获取身份证号后需要删除对应行记录。

为患者提供医技相关服务时可以使用电子医保凭证进行身份认证，包括：

（1）支持患者运用电子医保凭证进行PACS检查登记；

（2）支持患者运用电子医保凭证认证进行LIS条码信息打印；

（3）支持患者运用电子医保凭证在自助报告机取报告。

**五、付款方式**

项目完成上线且出具验收报告后，30个工作日之内支付供应商100%货款。

**六、售后服务**

中标方免费提供功能优化、系统升级、系统更新等服务，包括7×24 小时的电话技术支持或远程技术支持服务，当电话或远程技术支持不能解决院方在使用过程中出现的问题时，中标方需于24小时内提供切实可行的解决方案，并于24小时内恢复产品的正常使用。

**七、服务地点**

天津市滨海新区中医医院。（所有院区）

**八、验收标准**

乙方提交关于本项目验收申请后，甲方于十四个工作日内指派人员与乙方共同进行验收测试，经测试符合约定的验收标准的，由双方签署验收报告。

**评 分 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一、商务标评分标准：（30分） | | | |
| 报价完整且最低得分为30分；  报价部分评分分值计算方法为：  有效投标报价得分（保留小数点后两位）：A=30\*L/B ；  A：得分；B：有效投标报价；L：有效最低投标报价。 | | | |
| 二、技术标评分标准：（70分） | | | |
| 序号 | 评分因素 | 满分 | 评分标准 |
| 1 | 类似业绩 | 15 | 提供2021年至今已完成的相关案例。  1、提供“业绩一览表”每写1个业绩得2分，最多得6分；  2、在此基础上能提供相对应的合同，每提供1个合同得3分，最多得9分。 |
| 2 | 产品参数符合性评价 | 20 | 所投产品参数全部满足招标文件要求得20分，每有一项不满足，扣8分，扣完为止。 |
| 3 | 产品整体评价 | 20 | 从产品整体先进性、稳定性、安全性、耐用性进行综合比较。 |
| 4 | 售后、质保方案 | 15 | 售后服务从服务机构地点、后期服务情况、处理状况时间、服务响应时间、质量保证等方面进行评价。 |

**附件1**

**供应商资质审查要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | **资质文件审查内容** | **资质文件提供材料** |
| 1 | 营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书扫描件或复印件并加盖公章。 | 提供扫描件或复印件并加盖公章 |
| 2 | 财务状况报告等相关材料：提供上年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明。 | 提供扫描件或复印件并加盖公章 |
| 3 | 本年度至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料。 | 提供扫描件或复印件并加盖公章 |
| 4 | 提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明。 | 提供声明函并加盖公章 |
| 5 | 供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，需提供法定代表人资格证明书（须加盖投标单位公章）；供应商若为供应商代表参加磋商，须提供法定代表人授权书（须由法定代表人签字或盖章）和供应商代表身份证原件。 | 提供相关证件复印件并加盖公章 |
| 6 | 本项目不接受联合体，不允许分包、转包。 | 提供《非联合体磋商声明函》并加盖公章。 |

**附件2**

**法定代表人授权书**

致：天津市滨海新区中医医院

我单位 （单位名称） 授权（人员姓名） （身份证号码： ，**本月/上月社保缴纳单位**(本月尚未缴纳社保的，则填写上月社保缴纳单位)**：** ，联系电话： ）作为授权代表，以我单位的名义参加 项目的采购活动，并代表我单位全权办理上述项目的磋商、响应文件澄清、说明或者更正等一切具体事务和签署相关文件。

我单位对授权代表的签名事项负全部责任。

**我单位对填写的上述授权代表的社保缴纳单位信息的真实性负责，如有不实，愿承担相应的责任。**

本授权书至磋商有效期结束前始终有效。

授权代表无转委托权，特此委托。

供应商名称（公章）：

法定代表人（签字或名章）：

日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 授权代表身份证正面 | 授权代表身份证背面 |

**注：不同供应商的授权代表的社保由同一单位缴纳的，其投标无效**

**附件3**

**无重大违法记录声明书**

致：天津市滨海新区中医医院

我公司参与 项目磋商，现郑重声明：

我方参加本次磋商活动前三年内，在经营活动中无重大违法活动记录，符合《中华人民共和国政府采购法》等相关法律法规规定的供应商资格条件。我方对此声明负全部法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

日期：

**附件4**

**非联合体磋商声明函**

我单位承诺此次响应属于非联合体参加磋商，中标后不分包、转包,本公司对声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

日期：

**附件5**

**技术要求点对点应答表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 技术要求 | 响应应答 | 偏离说明 | 技术支撑材料页码 |
| 1 | 天津市滨海新区中医医院采购津医保医后付银联对接系统项目 |  |  |  |  |
| 2 | ...... |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

注：

1. 不如实填写偏离情况的响应文件将视为虚假材料。

2. 技术要求指招标文件中规定的具体要求。

3. 响应应答指供应商的实际情况。

4. 偏离说明指技术要求与响应应答之间的不同之处。

5. 如有技术支撑材料，请在“技术支撑材料页码”中填写页码，未填写视为无技术支撑材料。

供应商授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

供应商名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**附件6**

**商务要求点对点应答表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 商务要求 | 响应应答 | 偏离说明 | 备注 |
| 1 | 天津市滨海新区中医医院采购津医保医后付银联对接系统项目 | 售后服务 |  |  |  |
| 2 | 付款方式 |  |  |  |
| 3 | 质保期 |  |  |  |
| 4 | ...... |  |  |  |

注：

1.不如实填写偏离情况的响应文件将视为虚假材料。

2.商务要求指招标文件中规定的具体要求。

3.响应应答指供应商的实际情况。

4.偏离说明指商务要求与响应应答之间的不同之处。

供应商授权代表签字：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

供应商名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**附件7**

**报价表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目名称** | 项目报价 | 备注 |
| 天津市滨海新区中医医院采购津医保医后付银联对接系统项目 | 小写：  大写： |  |

供应商名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

供应商授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_