

# 成都市新津区中医医院智慧医疗（电子病历系统应用水平）分级评价咨询服务项目询预算价公示

各潜在供应商：

我院拟采购智慧医疗（电子病历系统应用水平）分级评价咨询服务项目。现将具体采购需求公告如下，各潜在供应商如有意向参与，请主动与我院联系，并在公示期内提供以下资料，以便初步甄选。

## 一、公司情况介绍：

- 1、公司相关业务情况、业绩简介。
- 2、公司营业执照复印件；公司法人身份证复印件，或授权委托书及授权委托人身份证复印件

## 二、报名要求：

- 1、资料必须密封，现场递交成都市新津区中医医院采购部（医院行政办公区二楼）。
- 2、报价资料需按照医院要求格式报价。（附件2）
- 3、提供相关技术参数、功能模板及服务方案简介资料，可优化和细化功能参数，以便医院甄选使用。（该项目无需电子报价）
- 4、参与供应商应符合《政府采购法》第二十二条的相关资质要求，具备相关资质。并提供相关证明材料或承诺函。
- 5、拟参与本项目的供应商如需了解项目情况，自行对接该项目负责人了解相关信息。
- 6、所有递交资料及相关证明材料必须加盖供应商鲜章有效。

三、本次公开询价结果只作为本项目采购预算价，不作为成交价。

#### 四、其他事项

1、报名资料接收时间：（2025 年 12 月 8 日-2025 年 12 月 10 日工作时间 9:00-16:00；文件接收截止日期：2025 年 12 月 12 日 16:00）递交资料人员须为法人或授权委托人并提供证明文件查看。报名登记表见附件 3。

2、公示人：成都市新津区中医医院 地址：成都市新津区西创大道 1389 号。

3、报名联系人：潘老师、周老师 028-82526150 ；项目咨询联系人：周老师，18215605686。

4、报名供应商可通过邮箱 845865477@qq.com 报名。报名需提交报名登记表及登记表要求的相关资质资料（盖公章）。

## 附件 1:

### 一、项目简介

为加快推进国家电子病历系统应用水平分级评价工作，保障 2025 年新津区中医院智慧医疗分级评价 4 级工作有效开展，特招标智慧医疗分级评价的咨询服务，包含指导和协助智慧医疗分级评价 4 级申报流程指导、实证材料的采集、编写及审核上传等，并顺利通过四川省 2025 年新津区中医院智慧医疗分级评价 4 级工作任务。

### 二、采购需求及要求

1. 专人指导服务：咨询公司提供至少 1 名专业工作人员专门跟进项目开展情况的督导，及时反馈和解决医院在智慧医疗分级评价全过程中的问题。

2. 指导和协助医院实证材料的采集和编写，按国家卫健委医院管理研究所对智慧医疗分级评价工作要求，完成实证材料和数据质量修改和上传。

3. 医院智慧医疗分级评价全流程辅导：协助医院完成智慧医疗分级评价申报、资料准备、资料审查和上传等重要环节，包括但不限于网上报名、评价和整改督导、资料采集和编写、资料审核和上传，跟进智慧医疗分级评价结果，直至完成申报和通过评级。

4. 服务过程中提供智慧医疗评审工具软件，软件支持电子病历应用水平分级评价最新版每一项指标评估并自动生成报告，并支持实证材料编制及数据质量评估。（软件工具需功能截图，并加盖鲜章）

### ★三、商务及其他要求

1、合同签订后，收到中标方正式发票后，10个工作日内支付 30% 的预付款。终验款支付需在医院通过 2025 年电子病历应用水平分级 4 级评审后（评审并通过后的截图），收到中标方正式发票后 10 个工作日内支付 70% 的终验款。

2、合同签订后，指导资料编写和工具应用需在 15 天内完成。

3、验收：

（1）验收标准：按国家有关规定以及采购文件的质量要求和技术指标、供应商的响应文件及承诺与合同约定标准进行验收；采购人与供应商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，由采购人在采购文件及响应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。

（2）质量验收合格，双方签署质量验收报告。

（3）其他未尽事宜应参照《财政部关于进一步加强政府采购需求和履约验收管理的指导意见》（财库〔2016〕205 号）的要求进行验收。

注：本章★项为实质性要求；本项目所涉及的所有国家标准、地方标准、行业标准等如有最新的标准以最新标准为准。

附件 2：报价格式

项目名称	数量	单位	总价小写（万元）
成都市新津区中医医院智慧医疗（电子病历系统应用水平）分级评价咨询服务采购项目询价预算价	1	项	
大写总价：_____（万元）			

备注：报价表如有列举项目不全的，各报价公司可以在原表上添项，需对每项内容进行报价，不能改变原表格内容。报价合计总价在列表末汇总，此报价单须盖公章单独密封。

### 附件 3：报名登记表

#### 报名登记表

*报名项目名称（包号）	成都市新津区中医医院智慧医疗（电子病历系统应用水平）分级评价咨询服务采购项目询预算价		
*报名单位 / 个人名称 (统一社会信用代码/税号)	(盖章)		
*单位 / 个人地址			
单位电话			
*经办联系人		*手 机	
邮 箱			
备 注			

采购单位联系人：潘老师、周老师 028-82526150，邮箱 845865477@qq.com

注：提供（1）报名登记表扫描件（2）投标单位营业执照正、副本复印件（3）法人和授权委托人证明文件（以上三条均需加盖供应商公章，提供扫描至以上邮箱）（4）递交响应文件时，把以上 3 项资料盖章资料一并递交，此 3 项资料无需密封。

投标单位请如实认真填写报名登记表和投标人信息；若因投标单位提供的错误或不实信息，对其投标事宜造成影响的，由其投标单位自行承担所有责任。