招标文件

1、企业法人营业执照、组织机构代码证(三证合一不需提供)、税务登记证(三证合一不需提供)

2、法定代表人身份证明书(格式1)

3、法定代表人授权委托书(格式2)

4、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度的承诺函 (格式3)

5、响应会议时间前六个月内任一个月的依法缴纳税收的缴款依据

6、响应会议时间前六个月内任一个月的依法缴纳社会保障资金的缴款依据

7、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力声明函(格式4)

8、参加响应活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(格式5)

9、供应商自觉抵制服务采购领域商业贿赂行为承诺书(格式6)

10、报价函(格式7)

11、报价一览表 (格式8)

12、服务价格明细表(格式9)

13、服务需求响应表（格式10）

14、商务条款偏离表（格式11）

15、服务需求

16、供应商企业情况简介(单位资质，人员从业资格，行业业绩等情况)

17、服务产品响应内容

18、售后服务承诺书

注：上述材料均需原件或盖章后的复印件，如以上资料不全或与要求不符视为作废。

日期：

格式1

**法定代表人身份证明书**

姓名: ,性别: , 出生日期: , 现任职务： ，系 (供应商名称)的法定代表人。

特此证明。



响应文件递交人名称(加盖单位公章)：

日期:

格式 2

**法定代表人授权委托书**

本人 (姓名) 系 (响应文件递交人名称) 的法定代表人。现授权(委托代理人姓名、性别、身份证号码、手机)为本公司的委托代理人，参加(项目名称) 项目的响应，代表我公司全权办理报价响应文件签署、合同签订等与本次响应有关的事宜。相应的法律责任由我承担。

本授权委托书于 年 月 日签字生效，无转委权。



响应文件递交人名称(加盖单位公章)：

法定代表人(签字或盖章)：

委托代理人(签字或盖章)：

格式 3

**具有良好商业信誉和健全财务会计制度的承诺函**

(格式自拟)

**响应文件递交人名称(加盖单位公章)：**

**法定代表人或其委托代理人(签字或盖章)：**

 **日期:**

格式 4

**具备履行合同所必需的设备和专业技术能力声明函(格式自拟)**

响应文件递交人名称(加盖单位公章)：

法定代表人或其委托代理人(签字或盖章)：

 日期:

格式 5

**参加响应会议前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明**

 (采购人名称) :

在本项目提交响应文件截止时间前，我单位参加本次响应会议前3年内在经营活动中没有因违法经营收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重大违法记录；通过“信用中国”、 “中国政府采购网”等渠道查询，我单位违背列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

如发现我单位提供的声明函不实时，我单位将按照《政府采购法》有关提供虚假材料的规定，接受处罚。

特此声明

响应文件递交人名称(加盖单位公章)：

法定代表人或其委托代理人(签字或盖章)：

日期:

格式 6

**供应商自觉抵制服务采购领域商业贿赂行为承诺书**

致：沈阳市第六人民医院

开展治理服务采购领域商业贿赂专项工作，是中央确定的治理商业贿赂六个重点领域之一，它既是完善市场经济、构建社会主义和谐社会的客观需要，又是从源头上抑制腐败的有力措施，意义重大、影响深远。为深入贯彻落实中央和省委、省政府的有关部署及要求，进一步规范服务采购行为，营造公平竞争的服务采购市场环境，维护服务采购制度良好声誉，在参与贵单位组织的采购活动中，我方庄重承诺：

一、依法参与服务采购活动，遵纪守法，诚信经营，公平竞争。

二、不向采购单位和服务采购评审专家提供任何形式的商业贿赂；对索取或接受商业贿赂的单位和个人，及时向审计部门和纪检监察部门举报。

三、不以提供虚假资质文件等形式参与服务采购活动，不以虚假材料谋取成交。

四、不采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商，与其他参与服务采购活动供应商保持良性的竞争关系。

五、不与采购单位和服务采购评审专家恶意串通， 自觉维护服务采购公平竞争的市场秩序。

六、不与其他供应商串通采取围、陪等商业欺诈手段谋取成交，积极维护国家利益、社会公共利益和采购单位的合法权益。

七、严格履行服务采购合同约定义务，不在服务采购合同执行过程中采取降低质量或标准、减少数量、拖延交付时间等方式损害采购单位的利益，并自觉承担违约责任。

八、自觉接受并积极配合审计部门和纪检监察部门依法实施的监督检查，如实反映情况，及时提供有关证明材料。

响应文件递交人(并加盖公章)：

法定代表人或其授权委托人(签字或加盖名章)：

 日期:

格式7

报价函

致：沈阳市第六人民医院

根据贵方<项目名称>邀请，我方决定参加此项目的响应，并就有关事项作以下郑重承诺和声明，负相应法律责任。

一、我方已详细审阅并完全理解和接受响应文件及所有相关材料的全部内容，认为上述文件不存在倾向性或排斥潜在供应商的内容，并放弃对响应文件提出质疑的权利。

二、我方响应有效期为自递交响应文件截止之日起 90日历日，如我方确定为成交商，该有效期自动延至本项目合同执行期满。

三、已详细审查全部采购文件，包括所有补充通知(如果有的话)。

四、我方承诺响应文件及所有相关材料均真实、无误和有效，如不实而造成后果，责任由我方承担。

五、响应文件包括正本一份， 副本二份。

六、我方响应总价为人民币 (大写)元 (小写)￥： ，具体详见报价一览表(以大写为准)。

七、按照贵方要求，提供与其响应有关的一切数据或资料，我方理解贵方不一定接受最低报价的响应。

八、我方如未成交，贵方可不做任何解释。

九、我方如成交，将按照《中华人民共和国民法典》及本项目“合同”履行全部责任和义务。

响应文件递交人名称(加盖单位公章 )：

法定代表人或其委托代理人(签字或盖章)：

日期:

格式8

报价一览表

报价单位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 响应总价 | 履约时间 | 履约地点 | 备注 |
|   | 小写:大写: |   |   |   |

注：此表中，响应总价应和项目价格明细表的总价相一致

响应文件递交人名称(加盖单位公章)：

法定代表人或其委托代理人(签字或盖章)：

日期:

格式9

**服务价格明细表**

报价单位：元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 单价 | 总价 | 备注 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

**注：此表中，总价应和报价函响应总价相一致。**

格式10

**服务需求响应表**

|  |
| --- |
| 包号/序号：001服务内容: 省医保“好就医”接口开发项目 |
| 采购文件要求**重要提示：以下内容均为实质性条款，不允许负偏离，如果负偏离，则响应文件无效。** | 响应文件响应内容 | 偏离程度 | 偏离说明 | 证明资料 |
| 详见服务需求 |  |  |  |  |
| 其它 | 采购单位未提供需求而供应商认为需说明及补充的内容在此填列 |  |  |  |

**填表说明：**

1．“响应文件响应内容”一栏由供应商填写。

2．“偏离程度”一栏根据“响应文件响应内容”与采购文件逐项对照的结果填写。偏离必须用 “正偏离、负偏离或无偏离”三个名称中的一种进行标注。

3．“偏离说明”一栏由供应商对偏离的情况做详细说明。

供应商(加盖单位公章):

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章):

日 期:

格式11

**商务条款偏离表**

**包号：001包**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件的商务条款（**实质性要求及重要指标用★标注，★标注项不得负偏离，如果负偏离，则响应文件无效。**） | 响应文件响应内容 | 偏离程度 | 偏离说明 |
| **★**1 | 履约期限：从项目启动至项目验收合格并安装调试完成1年。（具体以合同签订为准） |  |  |  |
| **★**2 | 履约地点：采购人指定地点 |  |  |  |
| **★**3 | 付款方式及条件：合同签订后10日内支付总价50%，接口联通并运行1个月后再支付50%。 |  |  |  |
| **★**4 | 验收标准：按照《关于印发辽宁省政府采购履约验收管理办法的通知》【辽财采[2017]603号】规定执行。验收程序：按相关法律法规执行。验收费用：由成交供应商承担直至验收合格为止。验收报告：由采购人出具。组织验收主体：本项目的履约验收工作由采购人依法组织实施 |  |  |  |
|  | 其它 | 采购单位未提供需求而供应商认为需说明及补充的内容在此填列 |  |  |

**填表说明：**

1．“响应文件响应内容”一栏由供应商填写。

2．“偏离程度”一栏根据“响应文件响应内容”与采购文件逐项对照的结果填写。偏离必须用 “正偏离、负偏离或无偏离”三个名称中的一种进行标注。

3．“偏离说明”一栏由供应商对偏离的情况做详细说明。

供应商名称(加盖单位公章):

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章):

日期:

**服务需求**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **工作目标** | **工作内容** | **工期****（日）** | **负责人** | **接口功能** | **备注** |
| 1 | 流程确认及技术预研 | 根据文档要求，与系统厂商、医院沟通流程。并与总部接口部门研究接口可行性方案。 | 0.5 | 项目经理 | 接口内容1.医保慢特病改造内容:2.1 查询医院信息2.3 查询医院的人员基本信息4.1 查询排班数据4.2 占号点4.4 支付挂号费5.2 查询门诊费用列表5.3 支付门诊费5.4 门诊支付对账2.省平台接入改造内容:2.2 查询医院的科室设置2.3 查询医院的人员基本信息4.6 挂号支付对账4.4 支付挂号费5.2 查询门诊费用列表5.4 门诊支付对账5.3 支付门诊费8.1 获取对账信息7.1 患者住院信息查询7.2 押金查询7.3 预交金记录查询7.4 预交金支付7.5 住院日清单4.1 查询排班数据4.2 占号点10.1平台订单状态查询 |  |
| 2 | 方案设计 | 开发部门主管领导及涉及到的其他部门一起讨论方案并确定最终实施步骤及人员分工及工作拆分表。 | 0.5 | 开发部相关人员 |  |
| 3 | 编码、视图 | 开发人员根据文档规定，逐步按照要求编写相对应的接口代码，完成接口框架及功能的设计。 | 18 | 开发人员 |  |
| 4 | 测试 | 完成接口设计后，提交到测试组，进行内部系统测试，寻找BUG等，如发现，提交开发部二次开发 | 2 | 测试工程师，开发人员 |  |
| 5 | 调试 | 与三方系统正式联调，发现问题及时处理 | 3 | 实施经理，开发人员 |  |
| 6 | 上线运行 | 软件部署及培训使用，现场实际环境运行，跟踪使用。  | 1 | 实施经理 |  |
| 7 | 运维 | 问题处理、需求改进，售后运维 | 1年 | 实施经理 |  |

 资 格 审 查 表

项目名称：

响应文件开启时间： 开启地点：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 审查项目 | 审查标准 | 供应商名称 |
|   |   |   |
| 1 | 营业执照或组织机构代码证或税务登记证 | 1.按要求提供 2.合法有效 |   |   |   |
| 2 | 法定代表人身份证明书 | 1.按给定格式填写 2.按规定签章 |   |   |   |
| 3 | 法定代表人授权委托书 | 1.按给定格式填写 2.按规定签章 |   |   |   |
| 4 | 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度的承诺函 | 1.信息完整 2.按规定签章 |   |   |   |
| 5 | 响应会议时间前六个月内任一个月的依法缴纳税收的缴款依据 | 1.按要求提供 2.合法有效 |   |   |   |
| 6 | 响应会议时间前六个月内任一个月的依法缴纳社会保障资金的缴款依据 | 1.按要求提供 2.合法有效 |   |   |   |
| 7 | 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力声明函 | 1.信息完整 2.按规定签章 |   |   |   |
| 8 | 参加响应活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明 | 1.按给定格式填写 2.按规定签章 |   |   |   |
| 9 | 供应商自觉抵制服务采购领域商业贿赂行为承诺书 | 1.按给定格式填写 2.按规定签章 |   |   |   |
| 结论 |   |   |   |   |

填表说明：1、每项内容审查合格，在表中填写“◯”；不合格填写“×” 2、审查结论填写“通过”或“不通过”

评审小组签字：

 符 合 性 审 查 表

项目名称：

响应文件开启时间： 开启地点：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 审查项目 | 审查标准 | 供应商名称 |
|   |   |   |
| 1 | 报价函 | 1.按给定格式填写 2.按规定签章 |   |   |   |
| 2 | 报价一览表 | 1.按给定格式填写 2.按规定签章 |   |   |   |
| 3 | 服务价格明细表 | 1.按给定格式填写 2.按规定签章 |   |   |   |
| 4 | 服务产品响应内容 | 1.响应采购需求 2.信息完整 |   |   |   |
| 5 | 售后服务承诺书 | 1.响应采购需求 2.信息完整 |   |   |   |
| 结论 |   |   |   |   |

填表说明： 1、每项内容审查合格，在表中填写“◯”；不合格填写“×” 2、审查结论填写“通过”或“不通过”

评审小组签字：

省医保“好就医”接口开发项目最终报价表

报价时间：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |   |
| 最终报价 |   |
| 供应商联系电话 |   |
| 授权代表签字确认 |   |