**上海市老年医学中心**

**“便捷就医服务”数字化转型4.0子系统建设项目咨询服务项目采购**

**比选文件**

**项目编号：XXZX-024**

**采 购 人：上海市老年医学中心**

**2025年2月7日**

1. **比选邀请函**

上海市老年医学中心（以下称“采购人”）拟对下述项目进行比选采购，现邀请合格的投标单位（以下简称“供应商”）参加比选：

1. **项目名称：**上海市老年医学中心“便捷就医服务”数字化转型4.0子系统建设项目咨询服务
2. **供应商须知：**
3. 具有中华人民共和国境内注册的独立法人资格及相应的经营范围，须提供加盖公章的三证合一的营业执照复印件。
4. 供应商须提供法定代表人授权书（原件）。
5. 供应商须提供被授权代表身份证（复印件加盖公章）。
6. 至少具有三年以上行业从业经验（以营业执照最初登记日期复印件或合同复印件为准）
7. 投标截止日前三年内，供应商未被“国家企业信用信息公示系统”（www.gsxt.gov.cn）列入“严重违法失信企业名单（黑名单）信息”，或被列入了“严重违法失信企业名单（黑名单）信息”且已被决定机关移出。提供供应商的“基础信息”、“列入严重违法失信企业名单（黑名单）信息”的截图（加盖公章）。
8. **递交比选响应文件截止时间、地点及要求**
9. 时间：2025年2月12日 17：00前
10. 地点：上海市老年医学中心5号楼2楼信息中心
11. 要求: 本次招标不接受联合体投标

**逾期收到或不符合规定的投标文件恕不接受**。

1. **采购人地址和联系方式**

地址：上海市闵行区春申路2560号

邮编：201104 联系人： 黄老师

电话：021-31116031 传 真：

上海市老年医学中心 信息中心

2025年2月7日

1. **比选须知**

**一、比选文件至少包括下列内容**

1、投标单位报价一览表（格式参见附件一）

2、投标单位基本情况介绍（格式参见附件二）

3、投标单位法定代表人授权书（格式参见附件三）

4、近三年行业内相关项目业绩一览表（格式参见附件四）

5、项目响应方案

6、其他相关文件

**二、供应商资质证明文件，应包括但不限于下列部分**

1、营业执照复印件（盖公司公章）

2、供应商必须提交的资料（见第一部分：供应商须知）

3、供应商认为需要提交的其他资质证书的复印件

**三、比选文件有效期：报价文件送达之日起六十天内有效。**

**四、比选文件的递交**

1、供应商应将报价文件**正本壹份，副本壹份**，统一密封于一个信封（包装）中。

2、信封（包装）应记载项目名称、投标单位名称、投标单位地址及联系电话，信封封套的骑缝处须加盖公章。

1. **采购需求**
2. **项目名称**

上海市老年医学中心“便捷就医服务”数字化转型4.0子系统建设项目咨询服务

1. **项目预算**

本项目采购预算：46,125.00元

1. **主要服务内容**
2. 结合项目批复，了解用户现状、基础设施、业务需求、管理需求和具体要求，协助完成项目需求分析，并结合具体业务需求为项目建设提出合理化建议；
3. 协助项目总体设计，提供适应项目需求的整体框架结构，并编制《上海市老年医学中心“便捷就医服务”数字化转型4.0子系统建设项目建设方案》。
4. **咨询服务要求**

咨询服务应符合以下要求：

1. 应符合信息工程及医疗卫生行业信息系统的设计规范，提出明确的设计依据；
2. 应采用先进的、符合本项目建设需要的设计方法论；
3. 应遵循技术先进性、应用合理性、系统扩展性、开放性、灵活性、可靠性、经济型、信息安全性等设计原则。
4. **咨询服务成果**

本项目咨询服务成果为：《上海市老年医学中心“便捷就医服务”数字化转型4.0子系统建设项目建设方案》。

1. **咨询服务周期**

咨询服务工作周期为：**合同签订日起直至项目验收。**

1. **投标者资格要求**
2. 投标人必须是在中华人民共和国境内注册、具有独立法人资格及相应经营范围的企事业单位，须提供加盖公章的工商营业执照、税务登记证书、组织机构代码复印件（或加盖公章的三证合一的营业执照）。
3. 遵守国家法律、法规，具备良好商业信誉，近三年在经营活动中没有违法、违规记录。
4. 具有承接该项目服务的能力。
5. 本次招标不接受联合体投标。
6. **项目机构人员的要求**

1、项目负责人及咨询团队的资格条件

项目负责人为供应商本单位工作人员，承担过同类工程项目项目负责人或项目负责人代表的实践经历，年龄不得超过60周岁。

项目负责人具有较强的组织能力和协调能力，能够根据工程的实际情况及时地分析并预见影响工程质量、安全、进度的隐患和问题，并提出切实可行的解决方案和办法。

2、项目机构其他人员的资格条件

本项目机构需人员专业配套齐全，年龄结构合理，配置项目人员的专业和数量应满足本项目的需要，专业配套应齐全。各专业负责人具有相应的工作经历，人员数量及工种应满足本项目工作需要。

1. **付款方式**

1、咨询服务合同生效后，建设方在收到咨询方开出发票后，支付正常咨询报酬的50％。

2、在本项目完成竣工验收后，建设方在收到咨询方开出发票后，支付正常咨询报酬的50％。

**附件一 报价一览表格式**

**报价一览表**

供应商全称（公章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项 目：** | | **投标总价（元）** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **合计金额大写： 小写：￥** | | |
| 备注 | 1、项目费用包括项目实施所需的安装调试费、人工运输费、项目管理费、税费及其他费用。  2、此表报价单不得涂改，请按规定要求填报。 | |

全权代表签名： 日期：

**附件二 投标单位基本情况介绍**

投标单位名称:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 投标单位基本情况
2. 人员规模及构成
3. 其他

|  |
| --- |
| 投标单位名称（公章）： |
| 法定代表人或委托代理人（签名）： |
| 日期： |

**附件三**  **法定代表人授权书（格式）**

本人 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人（单位负责人），现授权 （姓名）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、提交、撤回、修改 比选响应文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：

。

代理人无转委托权。

投标单位名称： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

年 月 日

委托代理人身份证复印件粘贴处：

|  |
| --- |
| 在此粘贴身份证复印件 |

**附件四 近三年行业内相关项目业绩一览表**

投标单位名称:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 提供用户清单（必须加盖投标单位公章）
2. 合同复印件（必须加盖投标单位公章）
3. 相关人员资质证明（必须加盖投标单位公章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 委托人名称 | 合同金额  （万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 投标单位名称（公章）： |
| 法定代表人或委托代理人（签名）： |
| 日期： |