**上海市老年医学中心**

**医院肿瘤COC综合诊治子系统建设项目密码测试服务项目采购**

**询比文件**

**项目编号：XXZX-024**

**采 购 人：上海市老年医学中心**

**2025年7月15日**

1. **询比邀请函**

 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医院肿瘤COC综合诊治子系统建设项目密码测试服务
2. **供应商须知：**
3. 供应商须提供商用密码检测机构资质证书。
4. 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。
5. 供应商须提供法定代表人授权书（原件）。
6. 供应商须提供被授权代表身份证（复印件加盖公章）。
7. 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）
8. 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）。
9. **递交询比响应文件截止时间、地点及要求**
10. 时间：2025年7月21日 17：00前
11. 地点：上海市老年医学中心5号楼2楼信息中心
12. 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：13585755080 传 真：

上海市老年医学中心 信息中心

2025年7月15日

1. **询比须知**

**一、询比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、询比文件有效期：报价文件送达之日起六十天内有效。**

**四、询比文件的递交**

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医院肿瘤COC综合诊治子系统建设项目密码测试服务

1. **项目预算**

 本项目采购预算：69,500.00元

1. **主要服务内容**

密码测试依据信息化项目建设方案、设计方案等技术文档要求实现的项目目标、技术指标，参考相关安全标准，如GB/T 39786-2021《信息安全技术 信息系统密码应用基本要求》、GB/T 43206-2023《信息安全技术 信息系统密码应用测评要求》及GM/T 0116-2021《信息系统密码应用测评过程指南》，主要对信息系统密码应用的合规性、正确性、有效性进行安全性评估，提供信息系统密码测试报告。

1. **测试服务要求**
2. **密码测试内容**

密码应用测评对系统密码应用的合规性、正确性、有效性进行安全性评估，通过商用密码应用安全性评估标准深入查找密码应用的薄弱环节和安全隐患，分析面临的风险，为提升信息系统安全奠定基础。

测评的内容包括但不限于以下内容：包括物理和环境安全、网络和通信安全、 设备和计算安全、应用和数据安全等方面的密码应用测评。

（1）物理和环境安全

|  |  |
| --- | --- |
| **测评类别** | **测评单元** |
| 安全技术测评-物理和环境安全 | 身份鉴别 |
| 电子门禁记录数据完整性 |
| 视频记录数据完整性 |
| 密码产品 |
| 密码服务 |

（2）网络和通信安全

|  |  |
| --- | --- |
| **测评类别** | **测评单元** |
| 安全技术测评-网络和通信安全 | 实体鉴别 |
| 通信数据完整性 |
| 敏感信息或通信报文机密性 |
| 网络边界访问控制信息完整性 |
| 安全接入认证 |
| 密码产品 |
| 密码服务 |

（3）设备和计算安全

|  |  |
| --- | --- |
| **测评类别** | **测评单元** |
| 安全技术测评-设备和计算安全 | 实体鉴别 |
| 安全的信息传输通道 |
| 系统资源访问控制信息完整性 |
| 重要信息资源安全标记完整性 |
| 日志记录完整性 |
| 重要程序或文件完整性 |
| 密码产品 |
| 密码服务 |

（4）应用和数据安全

|  |  |
| --- | --- |
| **测评类别** | **测评单元** |
| 安全技术测评-应用和数据安全 | 实体鉴别 |
| 访问控制 |
| 重要信息资源安全标记完整性 |
| 数据传输机密性 |
| 数据存储机密性 |
| 数据传输完整性 |
| 数据存储完整性 |
| 不可否认性 |
| 密码产品 |
| 密码服务 |

1. **测试参考规范及依据**

（1）密码测试参考规范及依据

测评过程中主要依据的标准和规范：

* GB/T39786—2021《信息安全技术信息系统密码应用基本要求》
* GM/T0116—2021《信息系统密码应用测评过程指南》
* GB/T43206-2023《信息安全技术信息系统密码应用测评要求》
* GB/T43207-2023《信息安全技术信息系统密码应用设计指南》
* 《信息系统密码应用高风险判定指引》
* 《商用密码应用安全性评估量化评估规则》
1. **测试服务成果**

本项目测试服务成果为：《上海市老年医学中心医院肿瘤COC综合诊治子系统建设项目密码测试报告》。

1. **测试服务周期**

密码测试服务工作周期为：**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. 供应商须提供商用密码检测机构资质证书。
4. 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。
5. 具有承接该项目服务的能力。
6. 本次招标不接受联合体投标。
7. **项目机构人员的要求**

1、项目负责人及测试团队的资格条件

项目负责人需有测评相关资质证书、技术职称，并承担过医疗卫生信息化同类项目项目负责人的实践经历，具有高级专业职称，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、测试服务合同生效后，建设方在收到测试方开出发票后，支付正常测试服务报酬的50％。

2、在本项目完成竣工验收后，建设方在收到测试方开出发票后，支付正常测试服务报酬的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： |