

西宁市第一人民医院

信息化建设项目市场调研公告

[XXK-2025-06]

根据《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国政府采购法实施条例》及青海省政府采购的相关规定，现对西宁市第一人民医院 VTE 智能防治系统采购项目公开进行市场调研及价格问询，诚致欢迎国内符合条件的生产企业、经营企业以及潜在供应商积极参与本项目调研提供维保方案及报价。

一、项目名称

西宁市第一人民医院 VTE 智能防治系统

二、调研报名日期

自公告发布之日起至 2025 年 8 月 1 日 17:30 止；

材料接收截止时间：2025 年 8 月 4 日 09:00。

市场调研及询价具体时间以电话通知为准，请保持预留号码通讯畅通，否则视为放弃本次调研。

三、报名地点及联系方式

1.现场报名：西宁市城中区互助巷 3 号，西宁市第一人民医院信息科胡老师，0971-7914019。

2.短信报名：发送短信息至 13897443895，信息内容注明：供应商名称、调研项目名称、联系人、联系电话。

3.现场交流演示：供应商所提供的产品需通过现场或远程方式方案讲解或演示交流（具体时间提前预约）。

四、供应商应具备的条件：

- 1、具有独立履行民事责任的主体资格；
- 2、具有良好的商业信誉和诚实的商业道德；
- 3、参加本次活动前三年内，公司及其现任法定代表人/主要负责

人无行贿犯罪记录；

4、未被列入失信被执行人、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；

5、符合法律、行政法规规定的其他条件；

6、所推荐的产品符合国家、行业标准资料要求及注意事项

五、供应商应递交的资料：

1.承诺函（见附件1）；

2.授权委托书（见附件2）；

3.分项报价表（见附件3）；

4.公司及人员营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一等资质证明文件及“信用中国”网站的查询截图，时间为调研截止时间前20天内；

5.软件开发、质量管理、安全管理、信息技术等相关的资质证明材料。

6.产品的知识产权、评测报告等相关的资质证明材料。

7.产品介绍及建设方案：包含软件一、二级功能及说明、系统架构、网络环境、配套硬件资源等内容。

8.近三年以来类似服务的业绩（合同扫描件加盖公章）。

注：有意参加的供应商在公告有效期内按以上顺序整理胶装成册，需加封面（见附件4）、目录页、页码，所有资料均需加盖公章，否则无效。材料需同时提供纸质版和电子扫描版，材料若密封则需张贴封面（见附件4）。

六、材料提交方式

本次市场调研接受现场或邮寄方式提交市场调研材料，通过邮寄方式提交材料需及时确认院方是否收到。电子扫描版发送至233442256@qq.com邮箱，邮件标题注明：供应商名称、调研项目名称、联系人、联系电话。

快递地址、联系人及电话：西宁市城中区互助巷3号，西宁市第一人民医院信息科，胡老师 13897443895。

七、监督部门

为贯彻“公开、平等、竞争、择优”原则，实行信息公开、程序公开、结果公开，本次市场调研接受纪检监察部门、职工和社会各界监督，对市场调研工作中的违法违纪行为，依照有关规定严肃处理。

西宁市第一人民医院纪委办公室 0971-7914111

公告发布媒体：西宁市第一人民医院官方网站

特别提醒：公司负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同参加人，不得参加同一项目下的调研活动，否则取消调研资格；提供的服务须在公司经营许可证范围之内，否则取消调研资格。

请保持预留号码通讯畅通，否则视为放弃本次调研。

本次市场调研为非正式采购行为，各参与调研的供应商提供的相关信息仅有助于我院对该项目的认知。我院将依照《中华人民共和国政府采购法》以及医院采购管理办法的相关规定进行采购。

西宁市第一人民医院

2025年7月29日

附件 1:

承诺函

西宁市第一人民医院:

经研究,我方决定参加贵单位组织“信息化建设项目市场调研公示[XXK-2025-06]”市场调研及报价,我方郑重声明以下承诺并承担由此带来的法律责任:

一、我方已知晓全部贵方市场调研文件的内容和相关附件,并对上述文件均无异议。

二、我方保证已提供或将要提供的文件资料是真实、准确、有效、合法的,同时符合贵单位相关要求,并愿意对此承担一切法律后果。

三、我方郑重承诺本项目报价为全省最低价格;我方理解贵单位有选择性价比高的产品的权利。

四、我方愿遵守贵院有关市场调研的各项规定,不恶意串通、恶意竞争或其它虚假违规行为,如有一经查证取消资格,并列入供应商黑名单禁止参加医院所有采购活动。

公司名称(盖单位公章):

法定代表人或授权代表(签字):

日期:

法人身份证件(国徽面)

法人身份证件(照片面)

附件 2

法定代表人授权委托书

西宁市第一人民医院：

（公司名称）法定代表人（姓名）授权我公司（职务或职称）（姓名）为我单位本次市场调研的授权代理人，全权处理本次西宁市第一人民医院信息化建设项目（XXX 项目）[XXK-2025-06]的市场调研活动的一切事宜。

特此授权。

公司名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

法人身份证件（国徽面）

法人身份证件（照片面）

被授权人身份证件（国徽面）

被授权人身份证件（照片面）

附件 3

西宁市第一人民医院信息化建设项目市场调研报价表

[illegible]

附件 4:

西宁市第一人民医院

信息化建设项目市场调研文件

项目序号: [XXK-2025-06]

项目名称:

生产厂家:

供应商:

联系人:

联系电话: