浙江省武义县第一人民医院国家传染病智能监测预警前置软件服务器及相关配套服务采购公告

**各信息设备供应商：**

浙江省武义县第一人民医院急需采购一套国家传染病智能监测预警前置软件服务器，要求符合信创要求及相关技术参数标准（见附件），欢迎各供应商踊跃咨询报名，积极参与本次招采。

**一、投标人须知:**

1、各报名公司代表需现场提供公司法人营业执照，法人授权委托书（附件一），被授权人身份证明、专用服务期品牌、规格、型号及核心技术参数、产品售后服务承诺函、产品信息安全等级评定等信息并加盖公司公章。

2、本项目为**竞争性谈判项目**，如有疑问欢迎各公司代表电话咨询。

**基本要求：**

服务器需满足安全相关配置要求，提供前置软件运行所需软硬件环境初始化对应的0S、Database、App、Port等环境配置等服务，提供原厂质保、免费运维5年。

供货的设备报价为完成该项目所需全部物品、货物的运输、安装调试、相关税金，以及服务等全部费用。

3、在中标后的1个月内完成货物的交易、送货上门并完成现场安装与调试，院方予以积极配合。

4、有需要了解其他专业情况的请提前联系信息中心 葛科：13429009268。

5、本次招标需符合信创要求，预算价10.18万元。

6、中标人所投产品与实际验收安装不符的，采购单位有权力单方面废标并予以追究其法律责任。

7、中标人应提供由产品制造商出具的售后服务承诺函（原厂维保5年，含运维服务），质保期限内免费上门服务，在接到采购人的故障通知后立即响应，无法远程处理的故障应在4小时内到达现场，6小时内修复，12小时内无法修复的，必须采取临时设备调换等措施，以保证采购人的正常使用。

**二、报名时间、地点：**

1.**报名时间：**公告发布之日起可开始报名

2.**截止时间：**2024年12月18日；

3.**报名地点：**报名电子邮箱地址：wyrmyyjw@163.com ；

4.**联系电话：**采购中心办公室 0579-89082321 ；13868973047叶先生；

**三、项目概况：**

1.投标人所供产品及环境配置、软件对接等服务应符合基本要求（详见附件），保障我院前置软件信息安全及稳定运行。

2. 提供五年原厂质保服务承诺函，需加盖公章。

3.**招标时间：**2024-12-19，下午13:30；

**招标地点：**浙江省武义县第一人民医院内门诊大楼3楼项目洽谈室(中医皮肤科诊区示教室) ；

1. **开标及中标方式：**

医院招采小组共同认定：产品符合技术参数的前提下低价中选，节约相关运维服务费用，请分项报价。

1. **付款方式：**

产品架构完成，项目验收合格后根据合同条款在账期内一次性支付（＜60天）。

**六、提交材料（投标文件一份正本、五份副本）：**

1、投标文件内容应包括（按顺序）：并逐页盖红章

（1）投标项目名称及报价；

（2）法人工商营业执照复印件；

（3）法人身份证复印件；

（4）法定代表人授权委托书：

（5）被授权投标人身份证复印件；

（6）投标产品技术参数等详细资料及售后服务承诺函；

（7）其他投标方认为有必要提供的资料；

**备注：**国家传染病智能监测预警前置软件服务器软硬件环境配置的要求详见附件。

**附件一、**

**法定代表人授权委托书**

浙江省武义县第一人民医院：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_法定代表人 授权 为委托代理人，参加贵单位组织的 项目的招标活动 ，授权代表我单位处理与招投标活动中的一切事宜。

法定代表人签字或盖章：

投标单位名称（公章）：

日期： 年 月 日

被授权人签字：

详细通讯地址：

电 话：

邮政编码：

**附件二、**

**报价单**

投标方名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公章）

|  |  |
| --- | --- |
| **招采项目名称** | **投标报价****（人民币）** |
| 前置软件部署专用服务器（技术参数符合基本要求） | 总报价小写： 元；大写： 元； |
| 按部署要求提供前置软件开发公司的对接、初始化配置、安全环境部署等相关服务。 | 总报价小写： 元；大写： 元； |
| 总报价 | 总报价小写： 元；大写： 元； |

 投标方代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **附件三、**

**产品售后服务承诺函**

**浙江省武义县第一人民医院：**

 **我公司参与贵院组织的 采购项目，对所提供产品的售后服务承诺如下：**

1. 售后服务：
2. 质保期 年。

投标单位名称（公章）：

日期： 年 月 日

被授权人签字：

详细通讯地址：

电 话：