附表1

**成飞医院2025年医保专网租赁服务项目**

应

答

文

件

供应商名称**：**

项目编号：

目 录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 封面 | 格式详见附表1 |
| 2 | 目录 |  |
| 3 | 承诺函 | 格式详见附表2 |
| 4 | 供应商基本情况表 | 格式详见附表3 |
| 5 | 报价表 | 格式详见附表4 |
| 6 | 技术条款偏离表 | 格式详见附表5 |
| 7 | 商务条款偏离表 | 格式详见附表6 |
| 8 | 用户清单 | 格式详见附表7同时提供证明材料 |
| 9 | 资质证明材料 | 提供采购邀请函中供应商资质要求材料，其中：供应商法定代表人/负责人对授权代表的授权委托书格式及法定代表人/负责人、授权代表的身份证复印件详见附表8 |
| 10 | 供应商承诺函 | 格式详见附表9 |
| 11 | 其他资料 | 供应商认为需要提供的资料，如彩页、技术参数、售后服务承诺等 |

附表2

**承诺函**

致：成飞医院

我方根据贵院《成飞医院2025年医保专网租赁服务项目采购邀请函》（项目编号：CFYYCG2025146）的要求，现正式授权 （代表人全名、职务）代表本公司参与询价采购及签订采购合同的工作，并以本公司名义处理一切与之有关的事务。

如果我方成交，我方愿与贵院达成本次采购项目的所有内容，并保证按贵院的要求及时履行合同责任和义务。

现对以下事项做出承诺：

1.我方承诺除偏离表列出的偏离外，我方响应该项目的全部要求。

2.本次应答文件有效期为自开启之日其 90 日，我方承诺在应答文件规定的响应有效期内不得撤销应答文件。

3.因我方发生的报价泄漏或错误操作而造成的不良后果，由我公司自行负责。

4.我方完全能够理解本公司可能由于种种原因不能成交，本函及报价表和贵方的成交通知书将构成约束我们双方的协议。

5.我方真实提供该项目要求的数据或资料。

6.我方已经详细审核提交的全部应答文件。

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表3

**供应商基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | | | | | 联系电话 | | |  |
| 网址 |  | | | | | 电子邮箱 | | |  |
| 组织结构 |  | | | | | | | | | |
| 法定代表人/  负责人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | |  |
| 技术负责人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | |  |
| 成立时间 | 年 月 日 | | | 员工总人数： | | | | | | |
| 企业资质等级 |  | | | 其中 | | 项目经理 | | |  | |
| 营业执照号 |  | | | 高级职称人员 | | |  | |
| 注册资金 |  | | | 中级职称人员 | | |  | |
| 开户银行 |  | | | 初级职称人员 | | |  | |
| 账号 |  | | | 技工 | | |  | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表4

## 报价表

## 货币单位：元（人民币）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名 称 | 规格型号 | 生产厂家 | 宽带容量 | 预计  采购数量 | 单位 | 单价限价 | 单价 | 总金额 |
| 1 | 医院至医疗保障局、人力资源和社会保障部专线 |  |  | 20M | 1 | 条 | 2400 |  |  |
| 2 | 医院至成飞社区卫生服务中心（南区）专线 |  |  | 10M | 1 | 条 | 8600 |  |  |
| 3 | 成飞社区卫生服务中心（南区）至成飞社区卫生服务中心（北区）专线 |  |  | 10M | 1 | 条 | 8600 |  |  |
| 4 | 成飞社区卫生服务中心（南区）至医疗保障局专线 |  |  | 10M | 1 | 条 | 1200 |  |  |
| 5 | 成飞医院至成飞社区卫生服务中心（万蕊新中心）专线 |  |  | 10M | 1 | 条 | 8600 |  |  |
| 6 | 成飞社区卫生服务中心（万蕊新中心）至医疗保障局、人力资源和社会保障部专线 |  |  | 10M | 1 | 条 | 1200 |  |  |
| 7 | 成飞医院至成航医院专线 |  |  | 10M | 1 | 条 | 8600 |  |  |
| **合计总金额** | | | | | | | | |  |

备注：1.价格应是完成本项目的所有费用，包含但不限于：安装、调试、培训、维护、税费等各项相关费用。

**2.报价表中单价不能超过单价限价，否则应答文件视为无效。**

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表5

## 技术条款偏离表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 技术参数要求 | 响应情况描述 | 应答 |
| ★4.1支持成飞医院至四川省医疗保障局医保网络互联互通、至成都市医疗保障局医保网络互联互通、至人力资源与社会保障局社保网络互联互通； |  |  |
| 4.2支持成飞医院至成飞社区卫生服务中心南区、北区、万蕊新中心、成航医院数据专网互联互通； |  |  |
| 4.3支持成飞社区卫生服务中心南区、北区、万蕊新中心、成航医院至四川省医疗保障局、成都市医疗保障局网络互联互通； |  |  |
| 4.4支持成飞社区卫生服务中心南区、北区、成飞社区卫生服务中心（万蕊新中心）、成航医院数据专网通过专用防火墙接入到成飞医院核心网络；支持独立社保、医保专用IP接入； |  |  |
| 4.5支持成飞医院和成飞社区卫生服务中心全部院区医保、社保数据专线接入到防火墙安全设备中； |  |  |
| 4.6支持按医院实际物理位置和入户区域完成光纤入户管理； |  |  |
| 4.7支持按医院相关部门要求做物理设备的多次位置变化管理； |  |  |
| ★4.8支持根据医院实际情况，在专线网络故障发生后2小时内到院处理故障。（需提供承诺函并加盖公章）； |  |  |
| 4.9需提供本次专线组网详细方案及实施方案。 |  |  |

备注：1.根据项目要求如实填写响应情况，如**虚假应答或直接复制“项目要求”，视为无效响应；**

2.在“应答”栏内填写“符合”“正偏离”“负偏离”。

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商务要求 | 响应情况描述 | 应答 |
| **1.履约要求** |  |  |
| 1.1 医院与供应商签订正式采购合同 |  |  |
| 1.2 供应商对医院签订《供应商诚信经营承诺书》，对服务质量作出承诺 |  |  |
| 1.3产品交付时，按照合同约定及国家标准、企业相关标准，按就高不就低的原则进行验收 |  |  |
| **2.服务期、服务地点及验收** | | |
| 2.1服务期：1年（项目实施周期：30天） |  |  |
| 2.2服务地点：成飞医院、成飞社区卫生服务中心 |  |  |
| 2.3验收要求：医保网络正常接入使用正常后经使用部门同意才能申请项目验收。 |  |  |
| 2.4供应商负责现场施工、设备安装、货物运输中所发生的一切风险。 |  |  |
| **3.付款方式** | | |
| ★3.1项目验收合格后60个工作日内支付合同总金额的100%。 |  |  |
| 3.2因各种原因被各级行政执法部门调查的供应商，医院有权暂停付款并追究责任，直至问题解决。 |  |  |

**商务条款偏离表**

**备注：**1.根据商务要求如实填写响应情况，如**虚假应答视为无效响应；**

2.在“应答”栏内填写“符合”“正偏离”“负偏离”。

3.★**号条款为实质性条款，如存在负偏差，应答文件视为无效。**

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表7

## 用户清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 签订日期 | 用户名称 | 项目名称 | 合同金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表8

**供应商对授权代表的授权委托书**

（供应商名称）的 （法定代表人/负责人）代表公司授权 （授权代表姓名）（职务）作为公司的合法代理人，负责此次成飞医院 2025年医保专网租赁服务 项目询价采购活动中的工作，并以本公司名义处理一切与之有关的事务。

|  |
| --- |
| （法定代表人/负责人身份证正反面复印件粘贴处） |

|  |
| --- |
| （授权代表身份证正反面复印件粘贴处） |

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人（签字）：

授权代表（签字）：

日期：

附表9

**供应商承诺函**

致：成飞医院

作为合法的经营企业， （供应商名称）完全具备成飞医院2025年医保专网租赁服务 项目服务能力；根据该项目要求，现郑重承诺如下：

一、本公司具备下列条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加本次院内采购活动前三年内，无重大违法违规记录，无商业贿赂不良记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件。

二、完全接受和满足本项目中规定的实质性要求，如对项目有异议，已经在应答文件递交截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对项目有异议的同时又参加询价以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、

管理关系的其他供应商参与同一合同项下的采购活动的行为。

四、参加本次采购活动，不存在和其他供应商在同一合同项下的采购项目中， 同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、未为“信用中国”网（www.creditchina.gov.cn）中列入失信被执行人和重大税收违法案件当事人名单的供应商。

六、应答文件中提供的能够给予医院带来优惠的任何材料资料和技术、 服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

七、如本项目采购过程中需要提供样品，则本公司如成交后，将要提供的产品质量与样品质量一致，本公司对提供样品的性能和质量负责，因样品存在缺陷或者不符合该项目要求导致未能成交的，本公司愿意承担相应不利后果。

八、本公司承诺给医院提供符合法律法规及合同约定的货物及服务，因货物及服务的质量原因造成的纠纷和医院损失由本公司承担全部法律和经济责任，保证在成交后，严格按照该项目的要求，提供全面、完善的服务，并郑重承诺不会为达成此项目同医院进行任何不正当联系，决不在采购过程中对经办机构或人员有任何商业贿赂或欺诈的行为。

如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，本公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

**其他资料**