三台县人民医院

关于“AI辅助影像诊断”的市场调研

我院因工作需要，拟对“AI辅助影像诊断”进行市场调研，欢迎各潜在供应商报名参加，本次市场调研要求如下：

**一、 项目清单及要求**

**1、项目名称、数量**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 |
| 1 | AI辅助影像诊断 | 1 |

**2、要求**

1)涵盖癌症（肺癌、肝癌、肾癌、乳腺癌等）、感染性疾病（肺炎、结核病等）、心血管疾病（冠心病）、脑血管疾病（脑卒中）、创伤（骨折）等多个疾病领域。

2)用于疾病的辅助筛查、诊断、干预、治疗、质控、患者健康管理、医学研究等。

3)软件需具备医疗器械注册证（用于辅助决策必须III类）。

**二、供应商资格要求简要说明：**

1. 具备独立承担民事责任的能力；

2. 在中国境内注册并且有独立法人资格的企业；

3. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

4. 具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

5. 参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6. 本项目不适合联合体投标。

**三、供应商应递交的资料**

1、承诺函；（附件1）

2、授权委托书；（附件2）

3、报价单（须包含各模块购买使用的费用、与医院现有系统和设备对接的费用、后期运维费等）；（附件3）

4、法人和被授权人员身份证复印件；

5、公司及人员资质证明文件；

6、类似服务应用的业绩【分类别（已购买、正在试用）提供三甲医院客户名单。】；

7、提供具体方案（包含硬件品牌、型号、参数和技术服务参数等）。

**四、报名要求**

按要求填写资料 (请于文末下载附件模板)。

电子版资料：将技术参数(Word版资料)发送至电子邮箱447996591＠qq.com。

纸质资料：将资料按照第三条要求顺序排列并编页码装订成册，首页需要留联系人及联系电话,加盖公司鲜章后邮寄至医院。未按照以上要求提供资料视为无效。

**五、调研安排**

截止日期后医院将根据具体情况及时开展调研工作，请保持预留通讯畅通，否则视为放弃本次调研。

三台县人民医院信息管理科

2024年05月22日

咨询联系人及电话：吴老师13547147144

接受咨询时间：法定工作日8:00-12:00， 14:30-18:00

快递地址、联系人及电话：绵阳市三台县人民医院信息管理科，吴老师13547147144

接收资料截止日期： 2024年05月28日17:30（北京时间）

附件1:

**承 诺 函**

三台县人民医院：

经研究，我方决定参加贵院 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是比选的唯一条件，贵院有选择性价比高的产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关市场调研的各项规定。

公司名称（公章）:

授权代表签字：

年 月 日

附件2：

**法定代表人授权委托书**

三台县人民医院：

 （报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（医院名称）项目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

附件3:

**报 价 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **价格（万元）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 合计 | 小写： | 大写： |

注：须包含各模块购买使用的费用、与医院现有系统和设备对接的费用、后期运维费等。

公司名称（公章）:

授权代表签字：

联系电话：

年 月 日