



襄阳市第一人民医院
XIANG YANG NO.1 PEOPLES HOSPITAL
湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院
AFFILIATED HOSPITAL OF HUBEI UNIVERSITY OF MEDICINE

襄阳市第一人民医院

采购项目需求调查

调查方式：公告；邀请；问卷；其他：_____

项目类型：工程；货物；服务；其他：_____

需求部门：药学部、麻醉科等

项目名称：毒麻药品管理系统采购项目

项目编号：

发布日期： 年 月 日

其他：

目 录

第一章 需求调查公告（代调查问卷）	3
一、项目概述	3
二、需求调查活动参与条件	3
三、报名时间和地点	4
四、会议时间：以招标采购办电话通知时间为准。	4
五、文件获取	4
六、报名要求	4
七、其他	4
八、联系方式	4
九、发布公告媒介	5
第二章 需求调查须知	6
第三章 采购需求调查内容	7
第四章 评定办法	13
第五章 响应文件格式	14
格式 1	16
需求调查承诺书	16
格式 2	17
法定代表人授权书	17
格式 3	18
法定代表人身份证明书	18
格式 4	19
报价一览表	19
格式 5	20
格式 6 资格证明文件	21
格式 7 需求响应文件	21
格式 8 其他响应文件	21
格式 9	22
无重大违法记录声明	22
格式 10	23
投标人关联单位及禁止参加情况的承诺函	23

第一章 需求调查公告（代调查问卷）

襄阳市第一人民医院拟对以下项目实施采购，现需对本项目的采购需求面向各方市场主体开展需求调查，欢迎能够满足需求、提供优质货物、服务等各方主体踊跃参加，为我院高质量采购提供协助。

一、项目概述

（一）项目编码：XYYY-2024-YNXQ-0039

（二）项目名称：毒麻药品管理系统采购项目

（三）项目概述：

1. 项目主要采购内容：拟采购手术室智能麻精药品柜。
2. 项目包含的延申内容：无
3. 合同履行期限：3个月

二、需求调查活动参与条件

（一）满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定，即：

（1）具有独立承担民事责任的能力；（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；（5）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；（6）法人身份证明；（7）投标代表法人授权委托书；（8）投标产品生产商项目授权书（如有）；（9）法律、行政法规规定的其他条件。

（二）单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同市场主体，不得参加本项目同一合同项下的需求调查活动。

（三）参与本活动的市场主体，通过“信用中国”网站或者中国政府采购网查询的主体信用记录，未被列入信用失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单，未被列入政府采购严重违法失信行为记录名单。

（四）为保证需求调查结论合理可靠，参与本需求调查活动的各市场主体应能够满足本项目特定资格要求：供应商所供产品需具备有

效期内的相关功能软件著作权证书。

三、报名时间和地点

(一) 报名时间：2024年8月30日8时至2024年9月12日17时30分。

(二) 报名地点：襄阳市第一人民医院招标采购办（沿江大道江边住院大楼对面行政楼106）工作日上午8:00~12:00、下午14:30~17:30受理投标工作，节假日除外）。

四、会议时间：以招标采购办电话通知时间为准。

五、文件获取

投标人在襄阳市第一人民医院官网（<https://www.xysdyrmyygw.com>）招标公告—招标信息栏**自行下载采购文件**。

六、报名要求

本调查活动欢迎所有市场主体踊跃参加，有意愿参加本调查活动的各方市场主体按照第二章“需求调查活动参与条件”，因故不能参加的应提前告知。

七、其他

(一) 供应商在接到会议通知后提供响应内容五份（一正四副），无需密封。封面应注明项目名称、项目编号、包号、参加的市场主体名称，并加盖公章。

(二) 参与本活动时需具有法定代表人或其他组织或自然人等资格证明文件，法定代表人或其他组织或自然人不能亲自投标的，可以授权他人参与本活动，需提供授权委托书，项目受托人身份证原件等各类资料证件。

(三) 参与本活动的各方市场主体，可按需提供样品或有关项目的其他材料。

八、联系方式

报名联系电话：招标采购办公室 0710-3420737

九、发布公告媒介

本次公告仅在襄阳市第一人民医院官网

(<https://www.xysdyrmyygw.com>) 上发布，信息以本网站发布为准。

第二章 需求调查须知

序号	条款名称	编列内容
1.	采购人	襄阳市第一人民医院
2.	市场主体	符合本文件公告规定的需求调查活动参与条件
3.	响应文件装订要求	供应商在接到会议通知后提供响应内容五份（一正四副），无需密封。封面应注明项目名称、项目编号、包号、参加的市场主体名称，并加盖公章。
4.	响应文件编列要求	见响应文件格式
5.	响应文件有效期	不少于 90 日历天
6.	样品	<input type="checkbox"/> 提交； <input checked="" type="checkbox"/> 不提交；
7.	需求调查方式	<p>主要内容：采购人面向市场主体开展需求调查，以了解实现项目目标，拟采购的标的及其需要满足的技术、商务要求。旨在了解相关产业发展、市场供给、同类采购项目历史成交信息，可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购，以及其他相关情况。</p> <p>参与主体：需求调查对象一般不少于 3 个，并应当具有代表性。</p> <p>注意事项：参与本调查活动的各方市场主体应诚信诚信、务实合作，向采购人提供依据充分、合理可信的价格、技术、商务等信息，市场主体如提供不实信息采购人可以拒绝响应文件，并且有权拒绝该主体参加未来的需求调查活动。</p>
8.	项目类型	<p>货物：是指各种形态和种类的物品，包括原材料、燃料、设备、产品等。</p> <p>工程：是指建设工程，包括建筑物和构筑物的新建、改建、扩建、装修、拆除、修缮等。</p> <p>服务：是指除货物和工程以外的其他采购对象。</p>
9.	签字盖章要求	供应商应在所有格式要求应加盖公章处加盖供应商单位公章，在所有格式要求应加盖法定代表人章或法定代表人签字处加盖法定代表人章或签字。
10.	解释权	本文件解释权归襄阳市第一人民医院所有
11.	诚信履约	采购人有权将具有弄虚作假、无故拒绝履约、不签订合同、串通投标、围标等情形的供应商列入“采购黑名单”拒绝其参加所有采购。

注：表格中“”

第三章 采购需求调查内容

(一) 货物清单

采购内容	模块	单位	数量	备注
智能药品 柜	智能麻精药品柜	台	1	
	智能药品管理系统	套	1	

(二) 详细功能要求

序号	模块	功能要求
1	药品柜 硬件要求	<p>为医院手术室提供药品管理模式，全程追溯备用药品的入库、领用、补充、盘点过程，完善患者用药闭环。通过物联网技术，配合用户权限控制，实现集中存储药品、双人核对取药、用药过程可追溯、批号效期实时预警等功能，优化取用药流程，打造药品闭环式管理，提高患者用药安全，降低药品运营成本。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外形尺寸：整机尺寸在 700mm*700mm*1900mm（长*宽*高）左右 2. 屏幕：屏幕与箱体需一体化设计， IPS 液晶屏，屏幕尺寸 ≥ 13 寸，支持 1920×1080 分辨率，亮度不低于 300Cd/m² ，工作温度 0~50° C 范围，储存温度-20° C~60° C 范围； 3. 主控：CPU Inter i5 以上，不低于 8G 内存，固态硬盘容量不低于 256G； 4. 触摸屏：G+G 电容，十点触控，可带硅胶手套触控，触摸屏安装姿态为人体工学倾角设计； 5. 登录方式：支持 IC 卡、人脸识别、指纹、账号密码等多种登录方式； 6. 视频监控：人脸摄像头与箱体需一体化设计，摄像头最高分辨率不低于 200 万像素(1920X1080@30fps)；设备自带的录像硬盘 ≥ 5TB，录像可保留 180 天以上； 7. 指纹识别：光学采集指纹采集；指纹图像大小包含 640x480(pixel)，508DPI；

		<p>8. 网络接口： RJ-45 网络接口≥1 个； WIFI： 支持 2.4G 和 5.0G 双频 WiFi， 支持 802.11a/b/g/n/ac 等协议；</p> <p>9. 温湿度监测： 支持全天 24 小时不间断温湿度监测， 异常自动告警， 保障药品储存环境安全， 温度范围包含： -20° C 至 85° C， 精度±0.1° C ， 湿度范围在： 5~ 95%RH； 异常自动告警， 保障药品储存环境安全；</p> <p>10. 指示灯： 每一个药盒都需要有指示灯， 医嘱取药时， 对应指示灯亮灯， 可以快速指引护士找到药品位置；</p> <p>11. 电子锁： 需支持智能电子锁开锁功能；</p> <p>12. 应急锁： 需配备机械应急锁， 支持紧急一键开锁功能， 可以在设备没有电的情况下也能正常一次性打开药柜所有的抽屉， 确保不间断应用；</p> <p>13. 药盒： 药盒用于管理高风险药品， 药盒支持独立锁控， 药盒支持指示灯指示取药补药；</p> <p>14. 设备安全性： 设备在所有抽屉完全打开状态下不倾倒；</p> <p>15. 智能锁控： 权限用户登录， 多级别管控， 对于毒麻药等管控药品， 需要双人解锁， 保障用药安全。</p>
2	软件功能要求	<p>智能药柜系统是基于基数管理的麻醉用药管理系统； 麻醉用药管理系统专用服务器作为整个系统的后台处理系统用于药品字典维护、 权限数据管理、 药品库存管理、 以及补药与取药等相关报表管理。</p> <p>1. 信息化整合功能。 通过与医院 HIS 系统实现无缝连接， 实</p>

		<p>现医院药品管理的全业务数据流闭环管理；</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 应用系统平台及智能设备达到药品闭环管理，符合麻醉药品“五专管理”要求； 3. 免费提供多种接口方式（WebService、视图、中间表等），满足医院各关联系统的优化集成； 4. 药品信息管理：支持药品种类，名称，规格，单位，批号，有效期，位置信息，数量等信息管理； 5. 患者信息管理：支持绑定患者姓名，住院号，性别等信息； 6. 药柜信息管理：药柜归属科室，名称，格子编号信息，药柜位置信息以等比例图形显示； 7. 权限管理：支持多级权限设置，不同类别用户开放不同操作权限； 8. 医嘱取药：支持单人取药和多人取药；支持多种取药模式：自由取药、列表取药、套包取药等； 9. 紧急取药：支持口头医嘱取药、按药品类型取药、搜索取药、套餐取药等； 10. 补药：支持智能补药，补药完成，删除补药单等功能。根据医院规定制定存储数量，详细列出需要补充的药品种类，规格，单位，系统自动计算出应补数，已补数，待补数等； 11. 退药：支持科室退药，登记退药的品名，规格，取药途径，床号，取药时间，数量等； 12. 药品效期：支持近效期药品预警；可查询药品有效期，包
--	--	--

		<p>含终端名称，位置，品名，规格，批号，有效期，数量，单位等信息；</p> <p>13. 盘点：支持根据收取记录，自动计算盘点药品，人工核对确认，并可根据盘点结果进行修改校正，包括新增、删除、修改等操作；支持日清日结盘点、月结盘点；</p> <p>14. 空瓶回收：支持药品空瓶回收、空瓶取出，支持按批号管理空瓶；</p> <p>15. 查询：支持库存汇总，取药汇总，补药汇总，医嘱汇总，取药记录查询；</p> <p>16. 医嘱冲销：针对紧急取药记录，支持把对应的医嘱进行对账冲销；</p> <p>17. 交接班：记录汇总药品位置，品名，规格，数量；显示未冲销的紧急取药的记录等；</p> <p>18. 信息提醒：药品库存不足，自动提示；药品有效期即将到期自动提醒等；</p> <p>19. 报表导出：支持定制化形式的专账、专册、交接班记录等常用报表导出。</p>
--	--	--

(三) 商务要求

1. 合同履行期限：3个月。
2. 质保期：至少三年。
3. 必须接受我院付款条件及方式：项目验收后付合同金额的70%，质保1年后付25%，免费质保期结束后付5%。

第四章 评定办法

	审查内容	评审因素
初步 评审	具有独立承担民事责任的能力	供应商具有有效的营业执照或事业单位法人证书或社会团体法人登记证书或执业许可证或自然人身份证明等证明文件（供应商根据自身情况提供对应的证明材料）
	具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度	提供本年度（或上一年度）经第三方审计的财务报告，或银行资信证明。
	具有履行合同所必需的设备和专业技术能力	(1) 提供具备满足本项目的设施设备的证明材料； (2) 提供具备满足本项目的技术、服务人员的证明材料； (3) 供应商认为具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料。（格式自拟）
	有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录	(1) 提供近一段时间缴纳税收的凭据； (2) 提供近一段时间缴纳社会保险的凭据；
	参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录	提供承诺书，格式详见响应文件格式
	法律、行政法规规定的其他条件	（供应商主动自行提供）国家对生产和销售相关产品或提供相关服务有专门法律、行政法规规定的，国家法律法规对市场准入有要求的还应提交相关资格证明文件。
	禁止参加情况	(1) 单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人，不得参加本项目同一合同项下的政府采购活动。 (2) 为本采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的，不得再参加本项目的其他招标采购活动。 （提供承诺，见响应文件格式）
	主体信用记录	本项目公告发布后，参加本次采购活动前，“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）或中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）查询，未被列入信用记录失信被执行人、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
	联合体	本项目不接受联合体投标，投标人中标后不允许分包
	特定资格条件	符合本文件第一章第二款第（四）条本项目特定资格要求
	投标人名称	与营业执照等其他证件一致
	签字盖章	有法定代表人或其委托代理人签字并加盖单位公章
	投标人身份证明文件	具有法定代表人或其他组织或自然人等资格证明或法定代表人授权委托书
	投标报价	每一种采购内容只有一个报价；是否按照采购文件的报价要求进行报价，投标报价合理
	采购需求	*号条款（如有）是否符合采购文件要求；是否实质性响应采购文件；
其他要求	符合法律、法规和采购文件中规定的其他实质性内容的	

第五章 响应文件格式

正本/副本

需求调查

响应文件

项目编码：

项目名称：

供应商名称（全称）： _____（盖章）

供应商法定代表人： _____（签字或盖章）

日期： 年 月 日

响应文件目录（编列要求）

供应商按提供的格式编写目录，目录须标注页码。

编列顺序
1) 封面
2) 目录（含页码）
3) 响应函、廉洁承诺书
4) 报价汇总表（响应院方采购文件配置需求表）
5) 分项报价表（按项目性质编制）
6) 法定代表人身份证明书
7) 法定代表人授权委托书（授权人参加，格式见附件1）
8) 资格证明文件（按申请人资格要求）
9) 需求响应文件
10) 技术响应文件
11) 报价文件
12) 被委托人与委托人签订的劳动合同或劳务合同和由劳动保障部门提供的社保证明或查询社保网站对单位为个人缴纳社保金进行截图。
13) 财务状况
14) 同类项目业绩的印证材料
15) 供应商认为需要提交的其他文件

格式 1

需求调查承诺书

襄阳市第一人民医院：

依据贵方（项目名称/采购编号）项目第__包采购货物或服务的需求调查公告（代调查问卷），我方代表（姓名、职务）经正式授权并代表供应商（供应商的名称、地址）提交下述文件正本一份，副本四份。

并进行如下承诺声明：

1. 我公司在参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录；

2. 我公司在本响应文件中所提供的全部资格证明文件均真实有效，我方承诺对其真实性负责并承担相应后果；

3. 我公司在本响应文件中所响应的内容均真实、客观，并且承诺响应内容与我公司正常经营以及市场活动情况一致；

其它承诺：（如有的话，可自行填写）

4. 所附价格有关材料均为本调查活动所公布要求后，经我司慎重分析和考虑，按照采购人需求进行填报。

5. 本响应文件的有效期限自提交之日起共90个日历天。

6. 接受采购文件中关于诚信履约的约定。

7. 同意提供按照贵方可能要求的与其报价有关的一切数据或资料。

供 应 商：（公章）

通 讯 地 址：

传 真：

电 话：

电 子 函 件：

授 权 代 表 签 字：

日 期：

格式 2

法定代表人授权书

兹授权_____同志为我公司参加贵单位组织的（项目名称）采购活动的供应商代表人，全权代表我公司处理在该项目采购活动中的一切事宜。代理期限从年 月日起至年 月日止。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）：

签发日期：年 月日

附：

代理人工作单位：

职务： 性别：

身份证号码：

粘贴被授权人身份证（正反面复印件）：

格式 3

法定代表人身份证明书

兹证明（姓名）在我单位任职务，系（供应商）的法定代表人。

供应商（盖章）：

法定代表人（签章）：

性别： 年龄：

身份证号码：

年月日

法定代表人身份证（正反面复印件）：

注：

- 1、本表适用于供应商不授权代理人，而由法定代表人直接参加磋商并签署响应文件的情况；
- 2、如供应商具有企业法人代表证书，则还应在本证明书后附上企业法人代表证书复印件。

格式 4

报价一览表

采购项目名称：

采购项目编号：

供应商名称	
供应商地址	
总报价	
工期（供货期）	
质保期	
项目负责人	
投标货物品牌及型号（如有）	
备注	

说明：（1）人民币报价，单位为元，精确到小数点后两位。

（2）此表除保留在竞争性磋商响应文件中外，另复制一份与报价书、法定代表人身份证明书或法定代表人授权书（原件）、分项报价表（如有要求）

磋商供应商法定代表人或授权代表签字：

磋商供应商名称（签章）：

时 间： 年月日

格式 6 资格证明文件

格式自拟

格式 7 需求响应文件

根据第三章采购需求调查内容，需求调查问卷内容进行说明

格式 8 其他响应文件

根据自身情况提出方案、建议、以及其他认为有必要的提出的内容。

格式 9

无重大违法记录声明

襄阳市第一人民医院：

我方在此声明，我方在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有以下重大违法记录：

1. 我方因违法经营被追究过刑事责任；
2. 我方因违法经营被责令停产停业、吊销许可证或者执照；
3. 我方因违法经营被处以较大数额罚款等行政处罚。

随本声明附上我方参加本次政府采购活动前 3 年内发生的诉讼及仲裁情况表以及相关的法律证明文件供贵方核验。我方保证上述信息的完整、客观、真实、准确，并愿意承担我方因提供虚假材料谋取中标、成交所引起的一切法律后果。

特此声明！

供应商法定代表人或委托代理人签字：

供应商名称（盖章）：

时 间：年月日

格式 10

投标人关联单位及禁止参加情况的承诺函

致：_____

_____(供应商名称) 参加贵院组织的_____(项目名称) 项目(项目编号：_____)的采购活动，本单位郑重声明如下：

本单位未与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其它供应商，参加本项目同一合同项下的采购活动。

本单位未对本采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务等情形。

我单位对上述声明承诺内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

供应商名称（盖章）：_____

法定代表人/单位负责人/自然人/授权代表（签字或印章）：_____

日期：_____年_____月_____日