附件1

 正（副）本

致：赣州市妇幼保健院

## 项

## 目

## 咨

## 询

## 文

## 件

**项目名称：互联网医院建设项目**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

## 一、互联网医院建设项目咨询响应函

致：赣州市妇幼保健院

（响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次投标有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐

瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三、我方承诺，以后的项目采购不高于此次咨询结果，系统性能参数、

配置、维保不低于此次项目咨询结果。

四、与此次项目咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## 互联网医院建设**项目需求**

建立互联网医疗服务平台，与江西省互联网医院监管平台对接，取得互联网医院牌照。并与医院现有的信息系统深度融合，构建完整的全面的互联网医疗服务体系和流程闭环，打破空间限制将医疗服务从院内延伸到院外，实现线上线下服务一体化，院内院外服务一体化、诊前、诊中、诊后服务一体化。推动智慧医院的全面建设，从而提升医院的服务效率，拓展医院的服务内涵，加强医疗服务的连续性和治疗效果，提高患者的就医体验。

**一、采购清单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 功能模块 | 价格 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| ... |  |  |
|  |  | 总价： |

**二、建设方案及功能模块详细描述**

## 三、法定代表人授权书（非法人代表参与时提供）

致:赣州市妇幼保健院

（响应供应商法定代表人名称）是（响应供应商名称）的法定代表人，特授权（被授权人姓名及身份证代码）表代表我单位全权办理上述项目的咨询、投标、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

## 四、承诺书

## 五、响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

致：赣州市妇幼保健院

我公司在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等重大违法记录。

特此声明。

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## 六、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证。

**七、案例证明文件**