#### **承德医学院附属医院**

#### **互联网医院建设运营项目合作方遴选文件**

一、项目名称：

承德医学院附属医院互联网医院建设运营项目

二、项目建设需求：

以人工智能、大数据和互联网技术为基础，以承德医学院附属医院为建设实体，对接医院内部管理系统，与医院信息系统实现数据互通与业务联动，构建线上线下一体化的互联网医院服务平台。向患者提供基于互联网的线上问诊、医患互动、慢病复诊等服务，打破时间空间的限制，从院内延伸到院外，以患者为中心构建全流程的诊疗管理。

（1）承德医学院附属医院互联网医院建设运营项目遴选会参会报名表（详见表1，要求提交该附件word文档以及加盖报名公司公章、参会人员签字的彩色扫描件）；

（2）营业执照扫描件（加盖公章）；

（3）产品代理证书或授权书。（经销商或代理商必须提供，要求彩色扫描件）；

（4）法人授权委托书原件、授权委托代理参会人身份证复印件（加盖公章）；若是法人亲自参会，只需提供法人身份证复印件（加盖公章）；

（5）本项目建设方案；

（6）报名单位须对其所提供的资料真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格。

四、遴选会具体要求：

1.汇报顺序：组织报名潜在合作方现场抽签确定汇报顺序；

2.汇报形式：以PPT形式介绍或功能演示，内容包括：商家简况、平台性能与优势（重点）、合作案例等；

3.汇报时间：每家潜在合作方汇报时间不超过15分钟；

4.现场答疑：专家可对潜在合作方代表进行提问，答疑时间不超过5分钟。

五、联系方式：

咨询电话（工作日）：0314-2270189（上午8：00-12：00，下午14：00-17：30）

**表1：**

**承德医学院附属医院互联网医院建设运营项目合作方遴选参会报名表**

**报名单位名称（盖章）：**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **运营项目建设方案概述** |  |
| **单位地址** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **E-MALL** |  | **公司电话** |  |
| **参会代表****签字** |  | **报名日期** | 年 月 日 |
| **备注** | 1.报名表要求提供本表的word文档及加盖报名公司公章、参会人员签字的彩色扫描件。2.报名单位必须与参会单位一致。3.提供营业执照扫描件（加盖公章）。4.提供产品代理证书或授权书（经销商或代理商必须提供,扫描件为彩色）。5.提供法人授权委托书原件、授权委托代理参会人身份证复印件（加盖公章）；若是法人亲自参会，只需提供法人身份证复印件（加盖公章）。6.提供项目建设方案。7.以上资料必须一次性发送至邮箱：cyfyygb@163.com。8.如有疑问，请致电0314-2270189联系人：孔老师、赵老师 |

**表2**

**承德医学院附属医院**

**互联网医院建设运营项目遴选评分表**

被评审单位： 满分100分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 评议内容 | 评分 |
| 1 | 该单位的相关资质(营业执照扫描件、法人授权委托书原件、授权委托代理参会人身份证复印件等，以上均需加盖公章)（20分） |  |
| 2 | 河北省内同级别医院相关项目运营及合作情况（25分） |  |
| 3 | 以往业绩：供应商提供本单位自2018年1月以来与省内医疗机构签订的同类运营项目复印件。每提供一份加一分，最高分5分（5分） |  |
| 4 | 对互联网医院运营项目需求的分析、描述、规划、运营方案的阐述（20分） |  |
| 5 | 业务拓展能力：包括省、市公共卫生资源对接、家庭医生签约对接、与原有院内系统对接、品牌打造与推广等（30分） |  |
| 总分 |  |