**重庆市江北区中医院**

**关于举办“药品耗材追溯码改造项目”推介会的公告**

为全面了解相关项目信息及市场情况，我院近期拟对“药品耗材追溯码改造项目”举行推介会，诚邀具备合格资质、具有相应供应和服务能力、有意向的单位报名参与。

1. 推介项目名称

药品耗材追溯码改造项目

二、产品基础要求

根据重庆市医疗保障局《关于做好医保药品耗材追溯码信息采集接口改造》文件要求，我院需改造HIS系统增加追溯码的采集和上传工作。

三、其他要求

1、每个参与推介的单位只能推介一种方案,多推取消其推介资格。

2、在重庆市有成熟的售后服务系统。

3、需与原有系统兼容。

四、推介会流程

1、每个厂家讲解时间10分钟，主要内容包括：以上“二、三”条所有内容及方案的优劣点、售后服务、该推介方案的报价及推介单位认为必要的内容等。

2、专家提问及报价沟通。

五、报名时间及地点

2024年9月23日14:00至2024年9月25日17:30，供应商将“附件一、二、三及方案文件”（加盖供应商公章）扫描后发送至1033747411@qq.com，，否则不予受理。

六、推介会时间地点

2024年9月26日上午10：00，1号楼21楼会议室。

八、郑重提示

1、供应商在推介会上所提供的相关信息及方案仅助于我院对该项目的认知而并非院内采购行为。正式采购程序将按照《中华人民共和国政府采购法》以及重庆市相关规定办理。

2、报名供应商对其所提供的资料真实性负责，如有作假，一经发现，三年内禁止参与我院的所有项目。

九、联系人

1、信息科 胡老师

电 话：02367739003

重庆市江北区中医院

2024年9月23日

**附件一：**

**报名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报名信息 | 公司名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 电话、传真 |  |
| 推介负责人 |  |
| 职务 |  |
| 推介负责人电话 |  |

备注：1.本表内容请认真、准确填写，并加盖公章，持本表现场登记报名，若因填写信息错误导致无法联系到的，取消其推介资格。

2. “推介负责人”处需手写签名。

**附件二 ：**

**法定代表人身份证明书**

推介会名称：江北区中医院“药品耗材追溯码改造项目”推介会

致：重庆市江北区中医院：

（法定代表人姓名）在 （供应商名称）任 （职务名称）职务，是（供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

（供应商公章）

年 月 日

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

**附件三：**

**法定代表人授权委托书**

推介会名称：江北区中医院“药品耗材追溯码改造项目”推介会

致：重庆市江北区中医院：

（供应商法定代表人名称）是 （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）代表我单位全权办理上述设备的推介等具体工作，并签署全部有关文件。

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： 供应商法定代表人：

（签字或盖章） （签字或盖章）

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年 月 日