**百色市中医医院关于采购**

**HIS系统维保驻场服务项目意向的报名公告**

依据医院相关规定，拟在近期对HIS系统维保驻场服务项目进行采购意向报名，相关单位如需参加，请见本公告后，填写附件“HIS系统维保驻场服务项目报价表”进行报价报名，逾期不受理。

填完报价表后发邮件到**bsszyyycgk@163.com**邮箱或送至行政楼2楼采购科，资料包含HIS系统维保驻场服务项目报价表、营业执照、组织机构代码、税务登记证，如三证合一可只提供营业执照、企业资质、业务员授权书等资料（所有资料均盖单位公章，发至邮箱需盖章扫描版）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 单位 | 数量 | 技术参数要求 |
| HIS系统维保驻场服务项目 | 项 | 1 | 详见附件一。 |

注：本次公开的采购意向是本单位采购工作的初步安排，具体采购项目情况以相关采购公告和采购文件为准。

联系人：李雅婷

联系电话：0776-2997079

办公室地点：百色市右江区翔云路25号行政楼2楼采购科。

公告期限：自本公告发布之日起3个工作日，报名时间截止：2024年5月17日下午18：00，逾期不予接收。

百色市中医医院
2024年 5月14日

附件:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **HIS系统维保驻场服务项目报价表** |
| 项目名称 | 单位 | 数量 | 单价（元） | 合计金额（元） | 备注 |
| HIS系统维保驻场服务项目 | 　项 | 　1 | 　 | 　 | 　 |
| 总合计 | 　 |  | 　 |  |
|  |  |  |
|  |  | 报价单位：（盖章） |
|  |  |  |
|  |  | 代表人签字： |
|  |  |  |
|  |  | 联系电话： |
|  |  |  |
|  |  | 年 月 日 |