**长春市第六****医院基础网络改造建设项目**

**建设方案的调研公告**

基础网络建设是推动医疗数字经济发展的关键，为进一步提升医院基础网络保障和服务能力，更好的为临床、患者、管理提供有力支撑和扩展空间，长春市第六医院面向社会拟开展“医院基础网络改造建设项目”的“建设方案”调研，现公开邀请具备技术实力与相关经验的基础网络建设和实施能力的实施团队参与。

一、项目基本情况

（一）医院基本情况：基础网络改造项目所涉及主楼建筑面积3.4万平方米，为医院门诊及住院楼，科室涉及门诊诊室、医技检查检验影像治疗科室、住院病房等，医院编制床位750张，年门诊量约为40万人次，住院病人约1万人次。

（二）项目名称：“长春市第六医院基础网络改造建设项目”

（三）项目地点：长春市宽城区亚泰北大街3188号

二、项目建设主要内容

医院现有网络基础上自2012年启用，现已服役十三年，无法承担下一步的网络保障和网络服务能力。医院拟邀请拥经验和实施能力的实施团队基于行业标准、医院现状和工作实际为医院提供的基础网络改造建设方案。

**本项目重点建设方向包括但不限于以下内容（医院实际等具体内容请联系医院工作人员或现场沟通）：**

1、网络架构优化：按科室业务与数据流量，合理分区并分配带宽，保障信息传输顺畅及时。兼顾未来拓展与旧设备的兼容，确保新设备和系统能便捷接入。

2、机房布线系统改造：依行业标准施工，采用高质量线缆及连接件，保障安全稳定。线缆整理固定规范、标识清晰，便于维护和故障排查。

3、设备更新升级：据网络规模和业务需求，选用性能稳定、功能先进的交换机、路由器等设备，确保其处理能力、带宽及安全性达标，且与新架构兼容，实现高效运行。

4、无线覆盖建设：实现门诊、病房等全区域无缝覆盖。人流密集区增加接入点，保障带宽、稳定性和安全性，满足患者及家属需求；病房区域确保信号良好，方便医护人员工作。

三、采购需要市场调查方式

问卷调查

四、厂商资格审查

1、厂商需提供合法有效的营业执照，且营业执照处于有效期内。

2、为保障本地化服务质量，厂商需在长春市内设有固定办公场所，并提供相应的房产证明文件或租房合同（需加盖公章）。

3、厂商需提供近 3 年内（自2022年起）在医疗行业完成的 3 个及以上类似案例，需附合同关键页（含合作内容、签订日期、双方盖章页）复印件。

五、**调查公告相关事项**

1.调查公告时间：2025年8月20日至2025年9月2日。

2.需求调研截止时间：2025年9月2日下午15:30。

3.针对采购项目现面向拥有自主可控安全产品能力的厂商开展采购需求调查的工作，请了解相关行业发展、市场供给并具有代表性的供应商，就项目特点提出可行性的解决方案，方案应符合相关国家标准、行业标准、地方标准等标准、规范，也可以提出更好的建议供采购人参考。

4.如需了解医院网络安全及信息安全相关情况，可联系医院工作人员，预约现场踏察。

5．请有意愿参与的厂商在需求调研截止时间前，下载（附件1）需求调查表，按格式填写后盖章扫描（pdf版本），并同时提供调研问卷可编辑的word文件，文件名按“长春市第六医院信息安全整改建设项目**+厂商名称”**命名，发送至邮箱：893072334@qq.com 。

6、医院收到厂商的回复文件后，会组织资质审核，并做好登记汇总资料，现场汇报的具体时间和地点另行通知，汇报要求每家30分钟，其中汇报20分钟，双方交流10分钟，先后顺序由抽签产生。

六、联系方式：

单位：长春市第六医院

地址：长春市宽城区亚泰北大街3188号，医院四楼信息科

联系人：宁宇 联系电话：0431-81968557/18946617256

电子邮箱：893072334@qq.com

（后附附件）

二O二五年八月十九日

**附件：**

**需求调研报名资料**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称：** |  |
| **厂商名称：** |  |
| **联系人 ：** |  |
| **联系方式：** |  |
| **邮箱：** |  |

**声 明**

1、本次调研仅作为采购人编制采购需求的参考，参与本次调研并不代表取得订单。

2、本次调研的项目需求为本项目的初步需求，采购人可视调研情况进行调整。

3、本项目严禁各厂商进行恶意串通、恶意竞争或其它违规行为，一经查实，将上报采购人。

4、厂商需为本次调研提交的所有资料真实性负责。

5、厂商提供的所有调研材料，均需加盖公章。

**长春市第六医院**

**“医院基础网络改造建设项目”建设方案**

**的调研回复**

长春市第六医院：

我公司已阅读调研文件全部内容，充分了解并清楚知晓本次采购需求调查的全部信息，现结合公司产品实际，做如下回复。（表格可自行制作，需要标注项目实施的具体项目、产品名称、产品或服务的描述要标注单位、数量及价格，施工的具体材料、工时、单位、单价及合计费用、工期）

|  |  |
| --- | --- |
| 采购项目名称 |  |
| 报价金额 |  | 项目服务年限 |  |
| 项目服务标准及服务内容 |  |

 厂商名称（公章）：

 代表人：

 日 期：

**资质资料**

一、营业执照（三证合一的只需提供一种）

二、法人证明及法人身份证复印件

三、附相关证书证明文件

**法定代表人授权委托书**

致：长春市第六医院

本授权委托书声明：（法定代表人姓名）是注册于（国家或地区）的（供应商名称）的法定代表人，现授权（授权代表姓名，职务）作为我公司的全权代理人，就(项目名称)的采购需求调查活动，以我方的名义处理与之相关的一切事宜。

本授权书自法定代表人签字（盖个人名章）之日起生效，直至以上项目采购需求调查活动结束为止。

特此声明。

报名公司名称（加盖公章）：

法定地址：

报名公司法定代表人（签字或盖章）：

报名公司授权代表（签字或盖章）：

授权代表人联系方式（固定电话+手机号码）：

日期： 年 月 日

附：授权代表身份证件扫描件或复印件

|  |
| --- |
| 身份证件（正反面）扫描件或粘贴复印件 |