**关于征集网络数字精准康复管理与康复评估系统**

**供应商的通知**

拟购置网络数字精准康复管理与康复评估系统一套，其主要功能是康复治疗师时间、工作量管理，康复病历评估数据化、数字化、自动化管理，康复治疗转介信息化管理，康复设备使用管理，患者康复治疗管理精细化、精准化，康复治疗费用管理，满足科主任远程管理以及满足河北省康复质控中心、石家庄市康复质控的需要等。

报名需提供：

1．营业执照

2．生产商或代理商对业务员的授权书（法定代表人参加的，提供法定代表人居民身份证复印件；法定代表人授权人参加的，提供法定代表人居民身份证复印件、法定代表人授权书及被授权人居民身份证复印件）

3.系统功能

4.产品相关资料、公司业绩、售后服务等。

请[将上述材料加盖公章后的电子版以附件形式发至邮箱sjzsrmyyxxzxht@163.com。正文写明供应商（厂商）名称和联系人信息。](mailto:将上述材料加盖公章后的电子版发至邮箱sjzsrmyyxxzxht@163.com。写明厂家名称和联系人信息。)（截止时间前）

另将上述材料加上封皮及目录胶装成册以及报价一览表（见附件1），加盖公章，询价演示会时带至会议现场（具体演示时间及地点电话通知）。

截止时间：2022年6月8日17：00

报名地址：石家庄市人民医院建华院区门诊五楼信息科

联系电话：0311-69088066

石家庄市人民医院

2022年6月6日

附件1：

**报价一览表**

项目名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 系统名称 | 功能模块 | 具体功能 | 单价 | 合计 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：表格不够可自行添加。

供应商（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或其委托代理人(签字或印章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日