重庆市沙坪坝区陈家桥医院

关于统一支付对账平台项目阳光推介公告

我院拟采购统一支付对账平台，欢迎具有合格资质且有良好信誉和售后服务能力的单位进行推介。

一、项目概况：

自动化处理病人微信、支付宝等支付数据与医院信息系统收入对账流程，提升财务效率，减少人工错误，确保资金流动的准确性和透明度。

二、项目内容及要求

①统一支付接入:支持预约挂号、门诊缴费、住院预交通过微信、支付宝、医保、银联云闪付等支付渠道（包含但不限于以上渠道）。

②统一平台管理:医院信息管理、医院商户管理、平台数据总览、数据统计分析、交易订单管理、统一对账管理、系统配置管理。

③平台运营管理:日常对账处理、运营数据分析、客户咨询服务、客户单位回访。

④包含但不限于以上要求。

三、资格要求

包含但不限于公司具有的相关资质、所获荣誉、服务业绩及案例情况、产业发展现状、人员配比方案、相关从业人员具备的素质、同类项目历史成交信息、项目报价、可能涉及的运行维护、质保期、备品备件、耗材等后续采购等相关信息。

四、推介要求

（一）请各单位于2025年3月12日前将阳光推介资料以PDF电子档格式发送至指定邮箱（359744015 @ qq.com）。

（二）推介时间地点：待定，以医院通知为准。

（三）联系人：朱老师，联系电话：61500030。

（四）其他说明：递交阳光推介资料应当写明供应商名称、联系人及联系电话并加盖单位印章。采购人是否采纳均不影响供应商参与本项目后续采购活动，对供应商所提出的意见建议不作书面回复。供应商需实地勘察项目情况并对项目出具切实可行的方案及相关报价。

重庆市沙坪坝区陈家桥医院

2025年 3 月 10 日

附件1

**阳光采购推介信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | | **年 月 日** | | | | **地 点** | |  | | |
| **一、推介员基本信息** | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | |  | 性别 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | |
| **二、产品/服务单位基本信息** | | | | | | | | | | |
| 公司名称 | | |  | | | | | | | |
| 公司地址 | | |  | | | | | | | |
| 社会信用代号 | | |  | | 公司电话 | | | |  | |
| **三、推介产品、服务相关信息** | | | | | | | | | | |
| 产品、服务全称 | | |  | | | | | | | |
| 类别 | | | □药品类 □信息类  □医疗设备类 □医疗耗材类 □医疗设备维护  □后勤设施类 □后勤服务类  □其他类 | | | | | | | |
| 推介产品/服务内容 | | |  | | | | | | | |
| 医院参加人员 |  | | | | | 记录人 | | | | 记 |
| 备 注 | | |  | | | | | | | |

附件2

重庆市沙坪坝区陈家桥医院统一支付对账平台阳光采购推介需求表

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 |  |
| 公司简介 |  |
| 公司具有的相关资质、业绩及案例情况 |  |
| 服务产业现状 |  |
| 公司管理团队规模 |  |
| 该项目需具备的人员配比、相关从业人员需具备的资质及报价 |  |
| 公司相关业绩的成交信息 |  |
| 可能涉及的运行维护、备品备件、耗材等后续采购 |  |
| 公司对相关团队专业技术培训能力 |  |
| 公司对突发事件的应急处置能力 |  |
| 意见建议 |  |
| 推介单位 | 推介单位名称：  （盖章）  2025年 月 |