**关于南京医科大学附属口腔医院内部控制体系建设咨询项目**

**征集潜在供应商的调研公告**

南京医科大学附属口腔医院拟对以下项目进行摸底、调研，公开征集潜在供应商。欢迎符合要求的供应商前来报名。

**一、项目名称：**

医院内部控制体系建设咨询

**二、资格要求**（本项目相关供应商资格要求）

1、中华人民共和国范围内注册的独立法人或其他组织或其分支机构。需提供法人或者其他组织有效的营业执照等证明文件（提供复印件并加盖单位公章）。若为分支机构的，还须提供总公司（机构）针对本项目授予的授权委托书及总公司（机构）的营业执照（提供复印件并加盖单位公章）。

2、供应商认为有必要提供的其他相关证明文件。

**注：以上资质（提供复印件加盖公章）**

1. **项目技术要求**

1、制定南京医科大学附属口腔医院贯彻落实内部控制规范的实施方案，明确其内部控制体系建设的原则和目标，设计建设项目工作计划，拟定内控建设工作组织分工、实施计划、预期成果等。

2、内部控制设计合理，符合《行政事业单位内部控制规范（试行）》（财会﹝2012﹞21号）、《关于全面推进行政事业单位内部控制建设的指导意见》（财会〔2015〕24号）、《关于开展行政事业单位内部控制基础性评价工作的通知》（财会〔2016〕11号）、《行政事业单位内部控制报告管理制度》（财会〔2017〕1号）、《公立医院内部控制管理办法》（国卫财务发﹝2020﹞31号）等文件的相关要求和医院的实际情况。

3、全面评估医院风险管理及内部控制的现状，评估单位层面风险。单位层面内部控制建设主要包括：单位决策机制，内部管理机构设置及职责分工，决策和执行的制衡机制；内部管理制度的健全；关键岗位管理和信息化建设等。

4、围绕医院各类业务和经济活动，梳理相关管理制度，评估业务层面的具体操作风险，优化业务流程并绘制流程图，业务流程应易于转化为信息流控制，范围涵盖相关文件要求的各类业务。

5、提供内控体系建设时间计划表，内控项目的成果形式需提供列表式的清单，并提供页面截图，并对每一种成果形式的内容和作用进行简要阐述。

**四、商务要求**

1、项目到货期、实施期：

2、质保期及保内服务方案（服务时间从项目实施验收完毕之日起计算）

在项目完成后医院内部控制体系试运行的两年期间，成交供应商需就运行过程中产生的问题为医院提供电话、电子邮件、微信等免费售后指导服务。

3、售后技术服务方案（包括但不限于人员、本地化服务、响应时间、升级更新、是否提供驻场服务等，如有维保后收费，需同时列出）

4、具备良好的咨询服务经验和行业口碑，熟悉医疗行业经营业务具有良好的售后服务体系，能提供后续技术支持。

**五、业绩**（2018年1月1日至今类似项目成功案例）须具备至少5项行政事业单位内部控制体系设计、咨询、建设、评价等方面的业绩，并提供服务项目合同关键页扫描件（如合同封面页、项目概述页、签署盖章页等，并加盖投标单位公章）。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **使用单位** | **单位等级** | **上线时间** | **联系人** | **联系电话** |
| 例 | 江苏省口腔医院 | 三甲 | 2020.1 | 李老师 | 123456 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**六、项目负责人：**本项目的项目负责人具备高级会计师、高级审计师、注册会计师等方面资质任其一项，熟悉医院管理及行政事业单位内部控制基本规范及配套指引。

**七、履约能力：**潜在供应商认为有必要提供的实施人员配备、服务相关或其他履约能力证明材料或彩页。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证明材料名称 | 颁发部门 | 等级 | 获得时间 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**八、报价一览表（见附件）**

**九、接收调研资料时间地点**

**1.时 间：**2022年4月1日至4月8日，工作日上午8：30--11：30，下午14:30—17:00

**2.地点：**江苏省南京市上海路1号南京医科大学附属口腔医院综合楼十三楼采购中心

**3.联系人：**李老师 黄老师

**4.联系方式：**025—69593206，025--69593208

**注：** 1.供应商资格证明文件必须提供齐全，否则视作无效。

 2.提供虚假文件一经查实将终止其参与资格。

 3.资料一式两份，加盖单位公章并装订成册，概不退还。

 南京医科大学附属口腔医院采购中心

 2022年3月31日

附件：

**报价一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **南京医科大学附属口腔医院 项目** |
| **产品数量** |  |
| **产品规格型号** |  |
| **单 价** | **人民币（大写）元整****（¥元整）** |
| **报价总计** | **人民币（大写）元整****（¥元整）** |
| **供货时间** | **签定合同后（ ）日历天内** |
| **实施期** |  |
| **质保期** |  |

**注：功能模块等，需要另附详细清单。**

**单位名称（公章）：**

**法定代表人（授权代表）签名：**

**联系电话（手机）：**

**年月日**