**2024年朝阳区智慧家庭医生服务考核项目**

**遴选公告**

现向社会公开遴选2024年朝阳区智慧家庭医生服务考核项目的承担单位，有关事项公告如下：

1. 委托单位

北京市朝阳区卫生健康委。

二、申请单位

高等院校、科研机构、专业协会组织、公司等。

三、工作任务

1.项目名称：2024年朝阳区智慧家庭医生服务考核项目

2.项目类别：委托业务类。

3.工作内容：按照区卫健委、区人力社保局、区财政局区委编办《关于完善北京市朝阳区基层医疗卫生机构绩效工资政策保障家庭医生签约服务工作的通知》(朝卫通字〔2019〕478号)文件要求，结合朝阳区社区卫生服务机构家庭医生签约服务工作实际，甲方制定相关的考核方案和指标，委托乙方通过信息化手段科学分析辖区数据撰写智慧家医服务考核分析报告。

四、具体要求

1.项目申报单位具有独立法人资格

2.有家医签约、社区卫生等工作经验。

3.在经营活动中没有重大违法记录；

4.项目涉及的所有文件、协议、单位信息、个人信息等资料，以及合作过程中所知悉的对方秘密，均负有保密义务除非经双方协商一致，或法律另有规定外，不得向任何第三方披露。双方均将制定规章制度，以使双方人员及其获知对方保密资料的相关人员，同样遵守本条所述的保密义务。

五、申报和评审事宜

1.申报期限：2024年10月10日至2024年10月12日。

2.填写材料：申请材料填写内容应简明扼要，突出重点。

3.提交材料：申请单位应在2024年10月12日前将盖单位公章的《承办申请书》(见附件)及单位资质、相关人员身份证件电子扫描件提交至邮箱：

cyqygzxsgk@bjchy.gov.cn，并在邮件主题处注明“2024年朝阳区智慧家庭医生服务考核项目”字样。

4.组织评审：北京市朝阳区卫健委组织评审小组，从项目报价、机构实力、相关业绩、工作方案等方面，对申请单位进行评估，择优遴选1家项目承建单位。

5.结果公示：评审结果将北京朝阳(www.bjchy.gov.cn)-通知公告-朝阳区卫生健康委予以公示。

六、预算经费

2024年朝阳区智慧家庭医生服务考核项目预算经费45万元(人民币肆拾伍万元整)。

七、联系方式

联系人：陈越

联系电话：65569318

附件：2024年朝阳区智慧家庭医生服务考核项目承办申请书。

附件：

**2024年朝阳区智慧家庭医生服务考核项目**

**承办申请书**

一、基本情况

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目申报单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |  | 传真电话 |  |
| 法定代表人 |  | 法人代码 |  |
|  | 姓名 | 职务 | 办公电话 | 手机 |
| 负责人 |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |
| 项目主责单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电子信箱 |   | 传真电话 |  |
|  | 姓名 | 职务 | 办公电话 | 手机 |
| 负责人 |  |  |  |  |
| 联系人 |  |  |  |  |
| 申请经费（单位：万元） |  | 计划完成时间 |  |

二、申报单位简介

|  |
| --- |
|  |

三、项目方案

|  |
| --- |
|   |

四、经费预算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 经费开支科目 | 金额（元） | 序号 | 经费开支科目 | 金额（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 合计（单位：万元） |  |
| 明细说明 |  |

五、申报单位承诺

|  |
| --- |
| 我们确认项目申报内容的真实性，并愿意承担相应的责任。负责人签字： 申报单位公章 年 月 日 |