云南省中西医结合医院电子病历暨智慧医院建设项目

市场调查及技术方案交流会一览表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | **报名公司项目负责人** |  | **联系电话** |  |
| **项目名称** |  | | | | |
| **产品投入市场时间** |  | | | | |
| **相同软件参数省外或省内三甲医院使用情况** |  | | | | |
| **公司以往业绩** |  | | | | |
| **软件功能参数** | **如软件功能参数较多，可自定义格式** | | | | |
| **公司项目主要实施人员资格条件情况、实施案例证明** |  | | | | |
| **公司国内至少2家综合三甲医院实施成功案例分析** |  | | | | |
| **受邀方认为有必要提供的其他资料内容** |  | | | | |

注：严禁修改表格，请按要求逐项填写。