**合同编号：**

**辽宁省医保药品追溯码接口开发**

**合同**

项目名称：

甲方：

乙方：

签订日期： 年 月 日

签订地点：

甲方：

乙方：

甲乙双方依据《中华人民共和国民法典》的规定，经友好协商，就辽宁省医保药品追溯码接口开发项目相关事宜达成相关共识，签订本合同。

## 项目内容

1.商品盘存上传

2.商品库存变更

3.商品采购

4.商品采购退货

5.商品销售

6.商品销售退货

7.商品信息删除

## 二、合同金额（单位：人民币元）

**1.合同总金额：**（单位：人民币元）

合同总金额为 人民币元。

大写：人民币 元整。

**2.支付方式：**

2.1合同签订后完成验收合格后支付合同金额的100%。

2.2乙方应当根据甲方要求开具增值税普通发票。

账户名称：

开 户 行：

账 号：

开户行行号：

2.3验收标准：按照《关于印发辽宁省政府采购履约验收管理办法的通知》【辽财采[2017]603号】规定执行。

2.4验收程序：按相关法律法规执行。

2.5验收费用：由乙方承担直至验收合格为止。

2.6验收报告：由甲方出具。

2.7组织验收主体：本项目的履约验收工作由甲方依法组织实施。

## 三、甲方义务

1.甲方应按合同约定履行付款义务。

2.甲方在国家法律法规允许的范围内，不受第三方限制的使用。

3.甲方有权要求乙方协助甲方使用该系统。

4.甲方有权对乙方的服务提出意见或建议，乙方应予执行。

## 四、乙方义务

1.合同签订后10日内完成合同内容

2.乙方负责提供辽宁省医保药品追溯码接口开发服务，并负责该平台的维护和升级。

3.乙方根据甲方的实际需要，指导和培训甲方的工作人员使用。

4.除了受不可抗力影响或因其他不能归责于乙方的原因而导致的服务中断及暂停，乙方承诺在本协议有效期内其技术服务不发生事故且乙方将维护其正常运行。发生因非甲方原因造成服务中断及暂停的，乙方将在一天内对系统进行维护，保证其能正常运行，对甲方服务时间相应延长。

5.乙方有义务对所有甲方提供的资料及数据保密，未经甲方书面同意，不得擅自使用、泄露，并不得向第三方泄露、转让甲方的任何资料。

6.如甲方使用非人工操作方式（如：使用设备模拟登陆、模拟请求、反向破解、机器抓取等）使用系统或采集乙方数据，乙方有权暂停或停止甲方的账号使用，且不作为乙方违约。

## 五、合同执行地点

## 沈阳市第六人民医院

## 六、项目交接方式

项目安装调试完毕，甲方进行上线使用确认，软件投入使用，自验收合格之日起乙方提供1年的免费售后技术服务。

## 七、知识产权

1.双方各自原来拥有的知识产权（包括但不限于专利权、商标权、著作权等）均保留为本方所有，此合同并不赋予任何一方对对方的任何知识产权上的权利。任何一方使用对方知识产权时应当获得对方的书面许可。

2.如果一方为本合同项下合作目的使用另一方的企业名称、商标、商号、品牌、域名和网站，该方必须事先征求另一方的书面许可，并应仅在另一方许可的范围内使用。

3.在本合同合作期间因双方合作项目而产生新的包括专利权、著作权、版权等知识产权归乙方所有，但甲方拥有该部分知识产权的免费使用权。

## 八、违约责任

1.由于一方的过错，造成本协议及其附件不能履行或不能完全履行时，由过错的一方承担责任；如属双方的过失，根据实际情况，由双方分别承担各自应负的责任。

2.除不可抗力或者因系统维护导致技术故障，进而影响服务不能履行或履行延误外，乙方必须保证所提供的技术设备的正常运作，如完全因乙方原因而导致的损失，甲方不承担任何责任。

3.如因不可抗力或者系统维护导致技术故障，进而影响服务不能履行或履行延误，从而造成的任何损失，双方均不负责任。

4.乙方不履行其义务或履行其义务不合格的，应承担2000元/次的违约责任，乙方违约达到3次或虽未达到三次但给甲方带来不良影响或损失的，甲方有权解除本合同，甲方解除合同的，乙方应退还甲方已经支付的全部费用，且承担合同总额30%的违约责任。

## 九、法律的适用及争议解决办法

1.本合同适用中华人民共和国法律，在合同履行过程中发生的与本合同有关的争议，双方首先应友好协商解决，如双方无法在争议产生之日起15日内达成解决方案，则依法向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

2.除争议事项外，双方应继续行使本协议规定的其他权利，履行本协议规定的其他义务。

## 十、其它

1.本合同经双方代表签字加盖单位公章或合同专用章生效。

2.本合同如有未尽事宜由双方协商解决，如双方协商一致或签订补充协议，补充协议与本合同具有同等法律效力。

3.甲方不能因政策性更改、医院业务调整而单方面取消合同执行。

4.本合同一式 肆 份，甲方持 贰 份，乙方持 贰 份，具有同等法律效力。

甲方：沈阳市第六人民医院 （盖章）

法定代表人/委托代理人： （签名或盖章）

年 月 日

乙方： （盖章）

法定代表人/委托代理人： （签名或盖章）

年 月 日