

醫學資訊分析服務契約書

甲方：有限責任高雄榮民總醫院員工消費合作社

乙方：飛資得醫學資訊股份有限公司

茲因甲方為醫學資訊上之需求，乙方提供符合甲方需求之服務內容，雙方簽訂條款如下：

一、醫學資訊分析服務

甲方委託乙方，在本契約有效期間內，提供醫學資訊分析服務，依據每個申請件提供以下服務：

1. 電話需求訪談 30 分鐘。
2. 統計分析 1~2 個表格(申請者需事先將資料處理完成)，並以電子郵件提交申請表(附件一)與資料。
3. 售後顧問服務 30 分鐘(電話，並視申請者是否需要此服務)。
4. 交件天數 5~7 個工作天(確認資料無誤後並完成電話需求訪談後起算)，以電子郵件方式交件。
5. 費用：
 - (1) 有限責任高雄榮民總醫院員工消費合作社優惠價，每件為新台幣陸仟捌佰元整(含稅)，費用由申請者支付。
 - (2) 若有急件或額外特殊需求，另行報價。
6. 文件交付以電子郵件寄出。
7. 作業流程請參閱附件二。

二、契約效期

雙方無異議合約持續有效。

三、契約價金之給付

1. 乙方開立發票給申請者，費用由申請者於七日內支付。
2. 發票資訊由申請者於提供。

四、責任與義務

1. 乙方同意對甲方所提供之資料均應予保密，且不會將資料使用本契約相關以外之任何用途。
2. 甲乙雙方同意除非係法律規定或任一方在必要時得揭露此等資訊予其會計師、代理人、顧問、律師、上級監督部門或主管核准機關(視個案情況)，任一方均不得未經他方事前書面同意，告知任何人本契約之存在及其條款內。如任一方因法律要求必須為此揭露，必須立即通知他方，並取得他方就揭露形式及內容之同意；該等同意不得為不合理的保留或遲延。

五、契約之修改

本契約任何變更、修改或未規定事項，均需雙方書面同意後，以另約方式為之。

六、合約送抵

有關本契約之通知、請求、詢問或其他文件，應以書面掛號郵寄、專人或電子郵件方式通知他方，如以專人送達，以實際送達當天為他方受領日期；如以郵件寄送，國內郵件以投郵後第3天為他方受領日期（例如，甲方於1月1日向乙方投郵時，視為乙方於1月3日受領）。

甲方：有限責任高雄榮民總醫院員工消費合作社

地址：813414 高雄市左營區大中一路 386 號

聯絡人：萬婉儀秘書

電子郵件：21377826@vghks.gow.tw

電話號碼：07-3422121 #71419

乙方：飛資得醫學資訊股份有限公司

地址：台北市內湖區內湖路一段 91 巷 40 號 2 樓

聯絡人：高令珊(高小姐)

電子郵件：medstats@flysheet.com.tw

電話號碼：02-26582223 #126

七、契約終止

1. 如有下列情事，任一方得以書面通知終止契約：

- (1) 因歸責他方事由所致之重大違約，且在收到違約通知後 30 日內未予修補者。
- (2) 因他方破產、聲請解散、出售資產、全部或部分資產進行清算，或他方被提出有效的解散決議或命令。
- (3) 乙方任何違反法令之行為，或乙方之行為可能造成甲方違反法令時。

2. 任一方得以 30 天前之書面通知終止契約，如有因非可歸責於雙方當事人之事由致無法繼續執行時，應先以書面通知他方限期終止合約；因前述情事致有尚未完成之權利、義務者，應由雙方協商完成之。

八、附件效力

附件視為本契約之一部分；但附件與契約本文有相抵觸時，則以契約本文為準。

任何於本契約生效前經雙方協議而未記載於本合約之本文或其附件之事項者，對本契約當事人雙方均無任何法律效力。

九、準據法及管轄法院

因本契約所生之法律關係應依中華民國相關之法律規定解釋及適用之。如因執行本契約相關規範事項致生紛爭者，雙方同意先行調解，調解不成時，同意以臺灣臺北地方法院為第一審管轄法院。

十、本契約乙式二份，雙方各執乙份為憑。

(以下空白)

立契約書人：

甲方：有限責任高雄榮民總醫院員工消費合作社

副院長：陳堯生

地 址：813414 高雄市左營區大中一路 386 號

統 一 編 號：08261077



乙方：飛資得醫學資訊股份有限公司

代表人：劉淑德

地 址：台北市內湖區內湖路一段 91 巷 40 號 2 樓

統 一 編 號：24309020



中 華 民 國 1 0 9 年 1 2 月 3 1 日

附件一

飛資得醫學資訊分析-申請表

申請人：

電話：

機構：有限責任高雄榮民總醫院員工消費合作社

Email：

單位(部/科)：

申請編號(由飛資得填寫)：	申請日期： 年 月 日
一、論文題目或研究計畫名稱 (統計分析用途 <input type="checkbox"/> 論文發表 <input type="checkbox"/> 臨床應用)	
二、預約諮詢時段 (請列出三個時段，周一至周五上午 9~12 點，若有其他時段的需求亦可先列出) 1. 月 日(星期)，時段： 2. 月 日(星期)，時段： 3. 月 日(星期)，時段：	
二、提交資料 (數據由申請者事先清理，確認無誤後提交。雙項請標註主要分析項目/欄位，例：W 欄-手術(1)手術(2)、B 欄-死亡(0)/生存(1)、Q 欄-存活時間)	
四、預期分析項目 (請簡述分析項目及統計方法，以及要進行那些數據比較，例：placebo 和 A 藥前後比較，相關的存活時間/追蹤時間...等，並註明檔案欄位)	
<input type="checkbox"/> 無特定統計方法，由分析者建議 ※ Meta-analysis、全基因組關聯分析(genome-wide association study)、以及決策樹：需另行報價	
五、提供類似研究之參考文獻 2-3 篇 (可檢附文獻，若須採用文獻中的分析方法或修正方式，請簡述之)	
六、發票資訊 1. 統一編號(無則免填)： 2. 發票抬頭： 3. 發票寄送地址： 4. 發票收件人(若寄到機構。請加註明機構名稱與科部單位)： 5. 發票收件人電話：	

洽詢電話 02-2658-2223 轉 126 高小姐 / medstats@flysheets.com.tw

附件二

