**汉源县人民医院**

**动态血沉压积测试仪、全自动细菌分枝杆菌培养监测系统院内比选竞价（询价）**

**采**

**购**

**文**

**件**

**汉源县人民医院**

**2024年5月10日**

**目录**

[第一章、报价须知 3](#_Toc22863)

[第二章、响应文件编制 4](#_Toc12391)

[第三章、报价办法 5](#_Toc4356)

[第四章、确定中选人 6](#_Toc1778)

[第五章、合同签定与执行 6](#_Toc16776)

[第六章、货物需求一览表 7](#_Toc20885)

[附件一 7](#_Toc25393)

[附件二 8](#_Toc9601)

**第一章、报价须知**

汉源县人民医院拟开展一台动态血沉压积测试仪和一台全自动细菌分枝杆菌培养监测系统采购，诚邀符合条件的、有履约能力的医疗设备供应商前来参加报价。

**1.项目概况：**

1.1项目名称：汉源县人民医院动态血沉压积测试仪、全自动细菌分枝杆菌培养监测系统院内比选竞价（询价）采购项目。

1.2项目地点：汉源县人民医院医学检验科。

1.3拟确定中选供应商数量：1家。  
 1.4预算：29万元

**2.供应商应具备的资格条件：**

供应商应具有独立承担民事责任能力，具有该类产品（医疗器械）经营许可及相应的工商、税务登记证明及其它相关资质；

**3.报名方式、截止时间：**

报名时间：2024年5月10日-2024年5月14日下午16:30截止。

报名方式：邮件编辑公司名称、联系人、联系电话号码，并注明参加院内零散采购项目名称发送至汉源县人民医院设备科专用邮箱3643817256@qq.com。

**4.报价方式**

报价文件递交时间：现场递交。

报价方式：2024年5月15日下午14：00进行评审现场递交报价文件。逾期不再接收报价。

联系人：何老师

联系电话：18284992910

**5.结果公告**

现场评审活动结束后1个工作日内通过汉源县人民医院官网发布公告，接受社会监督，不再单独向参与商家通报结果。

**6.报价费用：**

供应商应自行承担所有与参与报价活动有关的各项费用。

**7.报价说明：**

各供应商必须认真填写“报价人声明”，所报价格是满足报价文件所有条件的价格，各报价人所报价格不得高于其他对外销售价，也不得出现恶意低价情况，否则汉源县人民医院将向有关部门通报、报经政府采购监督管理部门处理。

**8.货物内容：**

采购货物的商品名称、规格型号、单位、数量、技术参数等详见《货物需求一览表》。

**9.报价要求：**

9.1供应商应按报价采购文件的要求，提供的产品必须保证商品质量并提供优质服务。并在报价文件中载明提供产品的型号、技术参数、技术标准及说明和必备的技术文件等资料。

9.2本次采购的货物共计1包，报价人所投包号的货物必须出具报价，且规格型号、技术参数等必须全面响应(参数及性能须等于或高于招标要求)，否则报价投标无效。

9.3货物的单价和总价应是指所有货物按报价文件要求的交付使用的价格，包括货物购置费、运输费、及各种税费等。

9.4报价人报价不得超过该包的预算总价，也不得出现恶意低价情况，否则该包视为无效投标。

9.5本次报价采购无需缴纳保证金，不允许联合体参与报价。

## 第二章、响应文件编制

**10.响应申请文件的语言**

报价申请人提交的报价申请文件以及报价申请人与报价单位就有关报价的所有来往书面文件均须使用中文。报价申请文件中如附有外文资料，必须逐一对应翻译成中文并加盖报价申请人公章后附在相关外文资料后面。

## 11.计量单位

除技术规格及要求中另有规定外，本报价项目的报价均采用国家法定的计量单位。

## 12.报价货币

本次报价项目的报价均以人民币报价。

## 知识产权

参加此次的代理商或供应商对所提供产品的知识产权有效性负责。

## 15.资格响应及其他响应文件部分

参加本次报价采购的供货商，请在报价文件中提供下列有效证明文件，作为资格和技术及服务性审查文件（报价文件组成）：

15.1独立法人提供有效期内的营业执照副本复印件及组织机构代码证副本复印件盖鲜章；或国家新颁发有效期内的营业执照复印件。

15.2税务登记证副本复印件盖鲜章。

15.3 提供2021-2023年度任意连续三月的社保缴纳、税收缴纳凭证，具备良好的商业信誉及财务会计制度；

15.4 提供具有良好的商业信誉的承诺函（格式自拟）；

15.5投标单位负责人授权委托书（格式见“附件二2”）；

15.6参加本次政府采购活动前三年经营活动没有违纪违规记录的承诺（格式自拟）；

15.7报价声明（格式见“附件二3”）；

15.8 报价表

15.9分项报价明细

15.10技术参数、服务、商务和合同重要条款响应及偏离表（格式见“附件二4”）；

15.11供应商应按照报价文件中售后服务要求做出的积极响应和有利于采购人的承诺（如适用）。

15.12针对本项目的售后服务方案及实施计划。（如适用）

15.13质量保证和售后服务承诺、服务计划及承诺书等。（如适用）

15.14提供所投产品厂家生产许可证、经营许可证、或国家新颁发的有效注册证复印件。

15.15近年类似业绩一览表。

15.16 供应商本项目管理、技术、服务人员情况。

15.17制造厂家对本次采购涉及产品的经营授权。

15.18资格响应与其他响应文件必须胶装订成册并编码。

## 16.报价有效期

报价有效期为30天。

## 第三章、报价办法

**17.报价流程**

17.1评审小组对报价申请人提交的报价申请文件进行资格审查、符合性评审及响应性评审。

17.2本项目采购预算人民币29万元，采购最高限价为29万元，超过该限价的报价无效。本次报价不接受备选报价方案和多个报价。

17.3评审小组按照最低评标价法推荐中选候选人。

**18.报价申请文件的修改**

18.1报价申请人在报价过程中所签署的书面的澄清或者说明、经报价申请人确认的修正后均为报价申请文件的组成部分。

## 第四章、确定中选人

### 19.报价原则

根据评审小组推荐的中选候选人名单，按评审小组推荐顺序确定中选人。

### 20.报价程序

20.1 评审小组将评审情况写出书面报告，推荐中选候选人，并标明排列顺序，通过医院信息平台公示。

20.2中选人的报价申请文件本应作为无效报价处理或者有法律法规规章制度规定的中选无效情形的，采购人认定以后，应当宣布发出的中选公告无效，重新确定中选人或者重新开展报价活动。

## 第五章、合同签定与执行

### 22.签订合同

22.1 中选人应自中选公告发出之日起7日内与采购人签订报价合同。由于中选人的原因逾期未与采购人签订报价合同的，将视为放弃中选，取消其中选资格并将按相关规定进行处理。

22.2 采购人不得向中选人提出任何不合理的要求，作为签订合同的条件，不得与中选人私下订立背离合同实质性内容的任何协议，所签订的合同不得对报价文件和中选人谈判文件作实质性修改。

22.3 中选人因不可抗力原因不能履行报价合同或放弃中选的，采购人可以与排在中选人之后第一位的中选候选报价申请人签订报价合同，以此类推。

### 23.履行合同

23.1 中选人与采购人签订合同后，合同双方应严格执行合同条款，履行合同规定的义务，保证合同的顺利完成。

23.2 在合同履行过程中，如发生合同纠纷，合同双方应按照《合同法》的有关规定进行处理。

23.3交货与验收

交货时间为发布公告之日起15日内（含安装验收），免费送货安装至采购人指定地点、并提供使用前培训。

23.4付款方式

货物到采购单位指定地点安装验收合格后，提交有关手续（合同、验收结算证明书、销售清单、发票复印件等），十个工作日内支付验收合格货款的100％。

23.5售后服务：按厂家要求质保，提供详细的质量保证和售后服务措施及承诺，1小时内响应，如24小时内无法解决，应提供备用机供医院使用，直至仪器恢复正常使用。质保期内连续三次以上发生5个工作日内无法解决的质量问题，医院有权要求退货并要求赔偿停用期间导致的损失。

**第六章、货物需求一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | **品名** | **配置要求** | **数量** | **单位** | **备注** |
| 1 | 动态血沉压积测试仪 | 详见附件一 | 1 | 台 |  |
| 2 | 全自动细菌分枝杆菌培养监测系统 | 详见附件一 | 1 | 台 |  |

附件一

汉源县人民医院医学检验科医疗设备采购配置要求。

（满足采购需求、质量和服务相等的采购项目最低要求）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品　名** | **配置要求** | **数量** | **单位** | **备注** |
| 1 | 动态血沉压积测试仪 | 主要技术参数及要求： 1.用途：用于红细胞压积(HCT)和红细胞沉降率(ESR)的测定  2.具备USB接口、RS-232接口、完成与医院HIS系统连接  3.测试通道：≥100个，标本即插即用，各通道单独计时 4.测试精度：血沉≤0.1mm；压积测试精度±0.1% 5.时间：血沉30min/60min可选  6.测试范围：血沉（0-160）mm/h；压积0.2-1  7.测试方法：光电测试 8.能够与血沉标准真空采血管配套使用 9.报告指标：血沉值、压积值、血沉动态曲线  其它：  1．配套设备设施配置完善。  2．提供质保期不低于24个月。 | 1 | 台 |  |
| 2 | 全自动细菌分枝杆菌培养监测系统 | 主要技术参数及要求：  1.完成与医院HIS系统连接 2.检定时间：培养阳性检测结果不长于12天；药敏试验结果不长于9天。 3.容量：单机≥240瓶，具有可扩充性 4.鉴定类别：可同机同时进行血液和各种体液的细菌培养，同机进行血液、痰液的分枝杆菌鉴定 5.功能：  （1）可自动定标（校正）；  （2）配置条码扫描功能； （3）可出具检测结果报告。  其它：  1．配套设备设施配置完善。  2．提供质保期不低于24个月。 | 1 | 台 |  |

**附件二**

1、报价文件封面

2、法定代表人授权委托书

3、报价声明

4、技术参数响应及偏离表

5、报价表

6、介绍函

附件二1：报价文件封面

报价文件

**项目名称：**

**投标单位（加盖公章）：**

**法定代表人或其委托代理人（签字）：**

**日期： 年 月 日**

附件二2：供应商法人委托书

**单位法人授权委托书**

汉源县人民医院：

我公司法定代表人授权委托为其代理人，参加你单位于年

月日组织的“项目”采购活动，并全权代表我公司处理活动中的一切事宜。

本授权书自年月日签字生效，特此声明。

报价人名称（加盖公章）：日 期：

法定代表人（签字或印章）：身份证号：

（附加盖报价人公章的法定代表人身份证复印件）

代理人签字：身份证号：

附 授权代理人情况（附加盖报价人公章的代理人身份证复印件）：

姓名：性别：

年龄：职务:

联系电话：手机：

详细通信地址：

说明：1、如法定代表人参加报价的，报价文件中不必提供授权委托书，但必须提供法定代表人身份证复印件。

2、如委托代理人参加报价的，报价文件中必须提供授权委托书以及法定代表人和委托代理人的身份证复印件。

附件二3：报价声明

**报价声明**

汉源县人民医院：

根据你单位发布的报价公告，我方愿意参加贵中心组织的本次报价采购活动。为此，我方作如下保证：

1、我方将严格遵守《政府采购法》等法律法规规章及汉源县政府采购有关规定。

2、我方已认真阅读政府采购报价文件的全部内容，对本次报价采购将作出实质性响应。

3、我方接受报价须知的各项要求和规定，承诺其在递交报价文件起30日内对我方具有约束力。

4、我方同意按照贵中心的要求提供与报价有关的一切数据和资料，并对其真实性和合法性负责。

5、我方报价代表人参加本次报价采购的一切活动和行为，均代表我方行为。

报价人名称（公章）：

年月日

法定代表人或授权代理人（签字）：

年月日

附件二4：技术参数响应及偏离表

**技术参数响应及偏离表**

（由报价人据实提交）

（第 包）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 采购文件参数要求 | 投标产品实际参数 | 所提供产品的品牌、型号及生产厂家 | 数量 | 偏离说明 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

填写说明：

1、报价人应根据报价采购文件中产品要求的主要技术参数与性能指标逐项、详细、真实的填写产品实际参数等内容。

2、报价人对不能响应的技术参数，应如实的填写在响应及偏离栏目中，如果虚假响应，将按有关规定进行依法处理。

报价人名称（加盖公章）：

法定代表人或其代理人签字：

年 月 日

附件二5：报 价 表

**报 价 表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 型号 | 具体配置及要求 | 数量 | 单价  （元） | 合计  （元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| 报价大写合计： 小写￥： | | | | | | |
| 交货时间：合同签定之日起 日内 交货地点： | | | | | | |
| 备注：  ①报价含货物价格、运费、税费等（报价为货物到场价）；该项目各部分分别报价，以总价定标。  ②本表中的大写金额与小写金额不一致的，以大写金额为准；总价金额与按单价计算的汇总金额不一致的，以单价计算的汇总金额为准；单价金额有明显小数点错误的，以总价为准，并修改单价。 | | | | | | |

报价人名称（公章）：

法定代表人或授权代表（签字、盖章）：

联系电话：

年 月 日

附件二6：介绍 函

**介绍 函**

汉源县人民医院**：**

兹介绍我公司同志前往你处办理（项目名称）第包报名事项，同时提交下列真实、有效、完整的备案资料（见下表），请予以接洽。

单位电话：

联系人：

联系电话：

公司名称（加盖公章）

2024年月日