**广元市中心医院**

**关于冷藏转运箱比选采购文件**

**比**

**选**

**文**

**件**

**广元市中心医院医学工程科编制**

 **2024年 4 月26日**

**第一章 邀请函**

**各潜在供应商：**

**根据我院建设工作需要，拟对冷藏转运箱进行公开比选采购，欢迎符合条件的供应商参加。**

1. **项目名称：广元市中心医院关于冷藏转运箱的比选采购项目**

  **二、预算控制价：10000元，超过该预算价为无效报价。**

**三、供应商参加本次采购活动应具备下列条件**

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

（四）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

**四、禁止参加本次采购活动的供应商**

供应商将本企业通过“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）查询结果网页打印并装订于响应文件中，供评审小组审查。

被列入失信被执行人名单的供应商不得参加本项目的采购活动。

**五、供应商报名及递交响应文件截止时间地点**

项目公告期：2024年4月26日至2024年4月30日。

（一）递交响应文件截止时间：2024年4月30日15:00（北京时间）。

（二）递交响应文件地点：兹邀请符合要求的供应商将拟推荐产品、技术参数、公司资质及报价相关资料加盖鲜章并密封，邮寄至广元市利州区蜀门北路一段45号（原凤凰酒店）7楼医学工程科708室。（电子文档随纸质资料一起递交）

（三）响应文件数量：一正两副

联系人：李老师 吴老师 联系电话：0839-3231247

# 第二章 供应商资格证明材料

**一、应当提供的供应商资格和资质性要求相关证明材料：**

**（一）具有独立承担民事责任的能力的证明材料：**

①供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；②若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；③若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”。（格式 1-3）

**（二）承诺函**。（格式 1-2）

**二、其他类似效力要求证明材料：**

**（一）“信用中国”网站**（www.creditchina.gov.cn）公司查询结果网页截图证明材料；（格式 1-3）

**（二）参加本次采购活动的供应商代表证明材料**；（格式 1-1）

（1）法定代表人/单位负责人身份证明材料复印件；

（2）法定代表人/单位负责人授权代理书原件及代理人身份证明材料复印件（注：①法定代表人/单位负责人授权代理书原件需加盖公章；②如响应文件均由供应商法定代表人/单位负责人签字或加盖私人印章的且法定代表人/单位负责人本人参与询价的，则可不提供。）

**（三）响应产品规格型号、详细技术参数、公司资质报价与佐证资料（请勿涂抹，否则视为无效报价）**

**特别说明：**以上证明材料要求**必须加盖供应商(法定名称)鲜章**,不得使用专用印章（如经济合同章、投标专用章等）或下属单位印章代替。同时，以上证明材料一项不符合要求的，作为无效响应处理。

# 第三章 采购项目技术条款及其他要求

 使用要求：可放置规格为2U的红细胞袋数为5袋左右，通电后箱内温度2—6℃，断电后箱内温度2—10℃且可持续40分钟以上，有超温报警、故障报警功能，需配备冷链模块。

# 第四章 响应文件格式

1. 本章所制响应文件格式，不具有强制性。

二、本章所制响应文件格式有关表格中的备注栏，由供应商根据自身响应情况作解释性说明，不作为必填项。

三、本章所制响应文件格式中需要填写的相关内容事项，可能会与本采购项目无关，在不改变响应文件原义、不影响本项目采购需求的情况下，供应商可以不予填写，但应当注明。

**封面**

响应文件

**项目名称：**

**报价产品名称（包号）：**

**供应商名称：**

 **联系人：**

**联系方式：**

**日期： 年 月 日**

**一、资格性响应文件内容**

**格式1-1**

**法定代表人授权委托书**

XXXXXXXXX：

XXXXXXXXX：

本授权声明：XXX（单位名称）,XXX（法定代表人姓名、职务）授权（被授权人姓名、职务）为我方参加XXX项目询价采购活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关比选、报价、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

供应商名称：XXX（盖单位公章）

法定代表人（签字或盖章）：XXX

职 务：XXX

授权代表签字：XXX

职 务：XXX

日 期：XXXX年XX月XX日

**附：**

1.法定代表人身份证复印件（正反面）；

2.授权代表身份证复印件（正反面）；

**3.如法定代表人参加则填写后页的《法定代表人证明书》，否则无须提供。**

**法定代表人证明书**

供应商单位名称：

单位性质：

成立时间：年月日

经营期限：

姓名：性别：年龄：职务：

系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

**附：**法定代表人身份证复印件

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

日 期：XXXX年XX月XX日

**注：**法定代表人直接参与时才须提供。

**格式1-2**

**承诺函**

XXXXXXXXX：

我公司作为本次采购项目的供应商，根据询价文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）根据采购项目提出的特殊条件。

二、完全接受和满足本项目询价文件中规定的实质性要求，如对询价文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对询价文件有异议的同时又参加询价以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、在参加本次采购活动中，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他供应商参与同一合同项下的采购活动的行为。

四、在参加本次采购活动中，不存在和其他供应商在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、我单位及单位法定代表人、单位负责人在参加本次采购活动前三年内无行贿犯罪记录。

六、响应文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交的法律责任。

供应商名称（盖单位公章）:

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：XXXX年XX月XX日

**格式1-3**

**营业执照及医疗器械经营许可证**

**二、其他响应文件内容**

**格式2-1**

**报价函**

广元市中心医院：

一、我方全面研究了“XXXXXX”项目比选文件，决定参加贵单位组织的本项目询价采购。

二、我方自愿按照询价文件规定的各项要求向采购人提供所需服务，总报价为人民币XX元（大写：XXXX）。

三、一旦我方成交，我方将严格履行采购合同规定的责任和义务。

四、我方为本项目提交的响应文件正本1份，副本2份用于询价报价。

五、我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与询价报价有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

六、本次询价，我方递交的响应文件有效期为采购文件规定起算之日起90天。

供应商名称（盖单位公章）:

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

通讯地址：

邮政编码：

联系电话：

传 真：

日 期：XXXX年XX月XX日

**格式2-2**

**供应商基本情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商名称 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 传真 |  | 网址 |  |
| 组织结构 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 成立时间 |  | 员工总人数： |
| 企业资质等级 |  | 其中 | 项目经理 |  |
| 营业执照号 |  | 高级职称人员 |  |
| 注册资金 |  | 中级职称人员 |  |
| 开户银行 |  | 初级职称人员 |  |
| 账号 |  | 技工 |  |
| 经营范围 |  |
| 备注 |  |

供应商名称（盖单位公章）:

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：XXXX年XX月XX日

**格式2-3**

**广元市中心医院报价单**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌  |  规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 单位 | 数量 | 单价/总价 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1、**到货期限：**签合同之日后 个工作日内货到医院指定地点。

2、**保修条件及期限**：该设备质保期 年，接到报修通知后 小时响应， 小时内工程师到达现场， 是否提供备用机 是□ 否□，

 天不能修复提供备用机。

报价人签名：

联系电话：

**产品基本情况介绍**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌  |  规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 产品使用年限（需提供佐证资料） | 基本功能简介 | 主要技术参数 | 市场占有率（提供使用该型号的三家三级医院明细，并提供佐证资料，合同或发票复印件附后） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**格式2-4**

**供应商认为需要提供的其他材料**

1. 产品彩页.

2. .................................

**注：该条内容根据供应商自身条件选择性提供。**