绵阳市中医医院

**竞争性磋商文件**

**编号：MYZYYY竞磋（2025）020**

**项目: 绵阳市中医医院动态DR维保服务**

**竞争性磋商邀请**

根据医院工作需要，拟以竞争性磋商方式采购动态DR维保服务，现将有关事项公告如下：

1. **项目概况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 维保设备名称 | 品牌 | 型号 | 序列号 | 数量(台) |
| 数字化X射线系统 | 安健 | DTP570A | DX0212018035512 | 1 |

最高限价：8.5万元/年， 服务期限：三年

**二、采购方式**

1、采购方式：竞争性磋商，在密封报价基础上进行一轮或多轮磋商。

2、评审方法：综合评分法。

**三、供应商资格要求：**

1、具有独立承担民事责任的能力；

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、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；

6、不接受联合体投标。

**四、报名及采购文件获取：**

1.报名方式：投标单位报名登记表（见附表）、授权委托书（或介绍信）；以上报名资料复印件需加盖公章。将报名登记表扫描成一个PDF文件后发送至邮箱3492093577@qq.com，邮件主题：绵阳市中医医院动态DR维保服务项目+XXX公司。自行在公告附件中下载采购文件。

2.报名时间：2025年8月13日至2025年8月20日17:00（以接收邮件时间为准）。

**五、提交投标文件截止时间、开标时间和地点**

开标时间：2025年8月26日9时00分，开标当天现场提交响应文件，如有变动电话通知。

提交响应文件地点：绵阳市中医医院怀恩楼20楼2018室（绵阳市涪城区涪城路14号）。

开启地点：绵阳市中医医院怀恩楼20楼2018室开标。

**六、联系方式**

报名咨询：**蒋**老师 0816-2625529

项目咨询：曾老师 0816-2226220

监督部门联系电话：0816-2224042

**技术服务要求、商务要求**

**一、维保要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 编号 | 项 目 | 招标要求 |
| ★1 | 保修范围要求 | 设备整机维保，包含但不限于设备电动床机架、图像工作站、软件、X射线管、高压发生器等，平板探测器除外。 |
| 3 | 开机率保证 | ≥95%（按全年365天计算） |
| 4 | 响应时间 | 故障报修后1小时内电话响应，停机情况下24小时内工程师必须赶到现场进行维修。 |
| ▲5 | 维保公司专职工程师人数 | 专职工程师人数≥6个（同类设备提供至少2名工程师），并提供经过原厂培训具备该型号设备专业维修能力的资质证书。 |
| 6 | 国内备件库数量 | ≥1个独立备件库。提供库房地址和面积，提供库房租赁证明。 |
| ▲7 | 零备件质量保证及承诺 | 所有零备件均为经生产厂家检测合格的原规格备件（提供相关证明材料）；承诺若为不合格备件，证件不齐全，则医院不付款，同时赔偿医院损失。 |
| ▲8 | 安全检查、质量保证 | 提供原厂标准的安全升级、安全检查、质量保证。（提供原厂服务授权） |
| 9 | 维护保养 | 保修期间中标单位应按规范实施对设备的常规保养，半年维护保养次数不能少于2次，每次进行维保工作均应出具正规维保工作报告并由双方相关人员进行签字确认。 |

**注:“★”号的条款为实质性要求，不满足视为无效投标；“▲”号的条款为重要要求，按要求提供相应佐证材料，否则视为负偏离。**

 **二、**★**商务要求**

**1.**付款方式：合同签订后，乙方开具发票，甲方在10个工作日内支付当年维保费用。

**注:“★”号的条款为本次采购项目的实质性要求，供应商应全部满足。**

**供应商资格要求应提供的相关资料**

|  |  |
| --- | --- |
| **投标人资格资质性要求** | **提供的相关证明材料（须加盖鲜章）** |
| 具有独立承担民事责任的能力 | 提供有效期内的营业执照 |
| 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度 | 出具书面承诺 |
| 具有履行合同所必须的设备和专业技术能力 | 出具书面承诺 |
| 具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录 | 出具书面承诺 |
| 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 | 出具书面承诺 |
| 不接受联合体投标 | 出具书面承诺 |

 **评分标准**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分因素及权重 | 分值 | 评分标准 | 说明 |
| 1 | 报价 | 30分 | 满足招标文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分＝（评标基准价/投标报价）×30分×100%。 |  |
| 2 | 技术响应 | 54分 | 完全满足本项目技术服务要求的得54分；其中“★”为实质性条款，不满足则为无效投标;“▲”条款为重要要求(共3项）30分，有负偏离的扣10分;未标识符号的参数为般参数(共4项)24分，每一项有负偏离的扣6分，扣完为止。注:(1)“★”为实质性条款，供应商需提供所投产品的产品说明书、产品彩页、检测报告等技术文件作为佐证(至少包含其中之一)并加盖供应商公章，不满足视为无效投标;“▲”为重要参数，按要求提供相应佐证材料并加盖供应商公章，不提供视为负偏离。 |  |
| 3 | 具备远程诊断能力 | 6分 | 可远程应用，具备远程诊断能力，简单故障排查；且可以实时操作，达到高效诊断和预判能力，提供佐证材料，满足要求得6分。 |  |
| 4 | 履约能力 | 10 | 投标人提供2022年1月1日至今类似项目业绩每提供1个类似业绩的得2分，共10分。 | 提供合同或成交/中标通知书复印件加盖公章。 |

 **响应文件部分格式**

**响应文件提供正本一份，副本二份，响应文件扫描件一份放于U盘，密封，加盖公司鲜章。**

**正本或副本**

**响应文件**

**采购人：绵阳市中医医院**

**投标项目编号：**

**投标项目名称：**

**供应商名称（加盖公章）：**

**法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：**

**日期：**

**投标日期：年月日**

**联系电话：**

**文件首页编制目录及页码一览表**

**初始报价一览表**

项目名称：

采购编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 投标产品注册证名称 | 品牌 | 规格型号 | 产地 | 生产厂家 | 计价单位 | 单价（元） | 数量 | 总价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.所有报价均用人民币表示,所报价格是交货地的验收价格，报价包含本项目所需的一切费用。

2.报价不能超过最高限价，否则将作为无效响应处理。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：

日 期：

**最终报价表**

项目名称：

采购编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 投标产品注册证名称 | 品牌 | 规格型号 | 产地 | 生产厂家 | 计价单位 | 单价（元） | 数量 | 总价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注： 1.所有报价均用人民币表示,所报价格是交货地的验收价格，报价包含本项目所需的一切费用。

2、**此表不在响应文件中体现，通过资格性及符合性审查，磋商后现场递交。**

3、**供应商自行准备此表加盖公章后磋商现场备用。**

4、最终报价不能超过初始报价，否则将作为无效响应处理（采购人现场修改实质性要求的除外）。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：

日 期：

|  |
| --- |
| **首次耗材报价单** |
| **报价单位名称(加盖鲜章): 经办人： 联系电话:**  |
| **承诺：11. 耗材按照清单逐一报价；2.凡挂网产品，一律按《四川省药品和医用耗材招采管理系统》公示的最低价执行；3.本公司承诺以下报价产品信息准确无误，因信息错误引发的后果我公司自行承担。** |
| **序号** | **产品通用名称** | **产品注册证名称** | **注册证号** | **注册证有效期** | **生产企业名称** | **品牌** | **规格型号** | **计价****单位** | **单价** | **流水号** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 |  | 　　 | 　　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 |  | 　　 | 　　　 |

备注：1.投标人的报价是投标人响应本次采购项目要求的全部工作内容的价格体现，包含投标人完成本项目所需的一切费用。

2.响应产品要求是四川省药品和医用耗材招采管理系统的挂网产品、价格不高于四川省药品和医用耗材招采管理系统最低价。

投标人名称：（盖单位公章）

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人印章）：

日 期：年月日

|  |
| --- |
| **最终耗材报价单** |
| **报价单位名称(加盖鲜章): 经办人： 联系电话:**  |
| **承诺：1. 耗材按照清单逐一报价；2.按照凡挂网产品，一律按《四川省药品和医用耗材招采管理系统》公示的最低价执行；3.本公司承诺以下报价产品信息准确无误，因信息错误引发的后果我公司自行承担。** |
| **序号** | **产品通用名称** | **产品注册证名称** | **注册证号** | **注册证有效期** | **生产企业名称** | **品牌** | **规格型号** | **计价****单位** | **单价** | **流水号** |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 |  |  | 　　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注： 1.所有报价均用人民币表示,所报价格是交货地的验收价格，报价包含本项目所需的一切费用。

2、**此表不在响应文件中体现，通过资格性及符合性审查，磋商后现场递交。**

3、**供应商自行准备此表加盖公章后磋商现场备用。**

4、最终报价不能超过初始报价，否则将作为无效响应处理（采购人现场修改实质性要求的除外）。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：

日 期：

**法定代表人身份证明**

供应商名称：

单位性质：

地址：

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。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日期：

注：附法定代表人身份证复印件。

**授权委托书**

（姓名）本人（身份证号码：）系（供应商名称）的法定代表人，现委托（姓名）（身份证号码：）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应申请文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：。

代理人无转委托权。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

注：1.如由法定代表人签署响应文件时，无需提供本授权委托书；

2.附法定代表人和委托代理人身份证复印件。

**投标产品技术要求响应表**

项目编号：

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 招标文件要求 | 投标产品品牌、规格型号 | 投标产品配置和技术指标、参数 | 正/负偏离 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：1.以上表格格式行、列可增减。

2.供应商按照招标文件要求做出技术应答，包括但不限于下列内容：

①投标产品的品牌、型号、配置；②投标产品本身的详细技术指标和参数：包括彩页资料、中文使用说明书、用户手册、产品合格证明文件等（第三方检验报告）；③技术参数差异偏离情况等。

3.供应商按照招标文件要求逐条填写此表，注明正、负或无偏离。

4.供应商必须据实填写，不得虚假响应，否则将取消其投标或中标资格等。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：

日期：

### 商务应答表

项目编号：

项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 商务要求项 | 具体要求 | 响应情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.以上表格格式行、列可增减。

2.供应商根据采购项目的全部商务要求逐条填写此表，并按采购文件要求提供相应的证明材料。

3.供应商必须据实填写，不得虚假响应，否则将取消其投标或中标资格等。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：

日期：

 **供应商类似项目业绩一览表**

项目名称：

采购编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 用户名称 | 项目名称 | 完成时间 | 合同金额 | 是否通过验收 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：以上业绩需提供磋商文件要求的有关书面证明材料。供应商应如实提供资料，如有虚假，采购人有权取消其投标或中标资格，

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：

日期：

**供应商认为其他需要提供的资料和文件**