金堂县第一人民医院

**便携式牙科综合治疗机**

**询**

**价**

**文**

**件**

项目编号：**HXJTYY-YL-20230002**

金堂县第一人民医院编制

2023年5 月

**目录**

第一章 询价邀请 3

第二章 资质证明文件 5

第三章 服务需求一览表 6

第四章 响应文件格式 7

第一章 询价邀请

金堂县第一人民医院便携式牙科综合治疗机采购项目采用询价方式进行采购，特邀请符合本次采购要求的供应商参加报价。

**一、采购项目基本情况**

1.项目编号：HXJTYY-YL-20230002

2.采购项目名称：金堂县第一人民医院便携式牙科综合治疗机采购项目

**二、采购内容：**

本项目共1个包，采购内容如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **包号** | **项目名称** | **预算单价（万元）** | **最高限价（万元）** | **采购数量（台）** |
| 1 | 金堂县第一人民医院 便携式牙科综合治疗机采购项目 | 2 | 2 | 1 |

**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.具有履行合同所必须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.法律、行政法规规定的其他条件；

**注：不满足以上1.2.3.4.5要求的，将在资格审查时作无效响应。**

**四、严禁参加本次采购活动的供应商**

采购人将通过“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（www.ccgp.gov.cn）等渠道查询供应商在采购公告发布之日前的信用记录并保存信用记录结果网页截图，拒绝列入失信被执行人名单、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单中的供应商报名参加本项目的采购活动。

1. **递交响应文件截止时间：**2023年5月26日17:00（北京时间）。
2. **递交响应文件地点：**金堂县第一人民医院采供科432办公室（响应文件必须在递交响应文件截止时间前送达询价地点(可接受邮寄)。逾期送达或没有密封的响应文件恕不接收。
3. **响应文件开启时间：**2023年5月29日10:00（北京时间）在询价地点开启。
4. **询价地点：**金堂县第一人民医院会议室
5. **联系人及联系电话**

采 购 人：金堂县第一人民医院

地 址：成都市金堂县金广路886号

联 系 人：刘老师

联系电话：61568771

1. **资质证明文件**

（1）具有独立承担民事责任的能力。（注：①供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；未换证的提供“营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一的营业执照”；②若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；未换证的提交“事业法人登记证书、组织机构代码证”；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”；④若为自然人：提供“身份证明材料”。以上均提供复印件）

（2）具备健全的财务会计制度的证明材料。｛注：①可提供2021或2022年度经审计的财务报告复印件（包含审计报告和审计报告中所涉及的财务报表和报表附注），②也可提供2021或2022年度供应商内部的财务报表复印件（至少包含资产负债表），③也可提供距文件递交截止日一年内银行出具的资信证明（复印件），④供应商注册时间至文件递交截止日不足一年的，也可提供加盖工商备案主管部门印章的公司章程复印件。｝

（3）具备良好商业信誉的证明材料。（可提供承诺函）

（4）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（可提供承诺函）

（5）具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料（可提供承诺函）；

（6）参加采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的承诺函；

（7）具备法律、行政法规规定的其他条件的证明材料（可提供承诺函）；

（8）法定代表人/单位负责人授权书原件（①附法定代表人/单位负责人身份证明材料复印件；②法定代表人/单位负责人参与谈判时不需要提供）；

（9）被授权代表的身份证明材料复印件；

**注：1、以上要求的资料复印件均须加盖供应商单位的公章（鲜章）。**

**第三章** 服务需求一览表

**★ 一、商务要求（实质性条款）**

1. 电源输入：100-240V，50/60Hz
2. 功率：550W
3. 额定流量：60L/min@4Bar
4. 储气罐容积：7L
5. 净水瓶容积：1000ml
6. 污水瓶容积：1000ml
7. 启动压力：5Bar
8. 最大压力：7Bar
9. 吸唾流速：≥1000ml/min
10. 净重：23KG
11. 噪音值：≤58dB
12. 尺寸：430\*295\*615mm
13. 保修期：1年

★ 二、配置要求**（实质性条款）**

1. 便携式牙科治疗机主机1台
2. 净水瓶1个
3. 污水瓶1个
4. 弱吸管1个
5. 三用喷枪头1个

**二、服务地点**

金堂县第一人民医院

**三、结算方式**

合同签订后，设备验收合格之日起30个工作日内支付合同金额100%。

**四、报价要求**

不超过最高限价,超过最高限价的报价为无效报价。

**第四章** 响应文件格式

格式4-1.

**法定代表人/单位负责人授权书**

金堂县第一人民医院：

本授权声明： XXXX（供应商名称）XXXX（法定代表人/单位负责人姓名、职务）授权XXXX（被授权人姓名、职务）为我方 “XXXXXXXX” 项目（采购项目编号：XXXX）采购活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关采购、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人/单位负责人（委托人）签字或加盖个人印章：XXXX。

授权代表（被授权人）签字：XXXX。

供应商名称：XXXX（单位盖章）。

日 期：XXXX。

注：

1、供应商为法人单位时提供“法定代表人授权书”，供应商为其他组织时提供“单位负责人授权书”，供应商为自然人时提供“自然人身份证明材料”。

2、应附法定代表人/单位负责人身份证明材料复印件和授权代表身份证明材料复印件。

3、身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照等。

4、身份证明材料应同时提供其在有效期的材料，如居民身份证正、反面复印件。

格式4-2.

**报价一览表**

**项目名称： 项目编号： 包号：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 产品内容 | 报价（元） |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 。。。 |  |  |

注：1.所有价格系用人民币表示。

2. 以上报价是最终用户验收合格后的总价，是响应招标项目要求的全部工作内容的体现，包括实施、保险、安装调试、备品备件、维修、税费和文件规定的其它费用等完成本项目所需的一切费用。

供应商授权代表(签字)：

供应商全称（盖章）：

日期： 年 月 日

格式4-3.

**服务要求响应/偏离表**

**项目名称： 项目编号： 包号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件条目号 | 采购文件要求 | 响应文件响应 | 响应/偏离 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：供应商必须根据询价通知书要求据实逐条填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

供应商名称：XXX（盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或授权代表（签字或加盖个人印章）：XXX

日 期：XXX年XXX月XXX日

格式4-4

**商务应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 包号 | 采购文件要求 | 响应文件响应 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注意：供应商必须根据询价通知书要求据实逐条填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

供应商名称：XXX（盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或授权代表（签字或加盖个人印章）：XXX

日 期：XXX年XXX月XXX日