**金堂县第一人民医院**

**多源治疗仪询价文件**

**项目编号：HXJTYY-YL-20240014**

**询价人：金堂县第一人民医院**

**2024年6月**

**第一章 询价公告**

# **一、询价条件**

本询价项目为金堂县第一人民医院多源治疗仪采购项目，兹邀请符合本次采购要求的潜在申请人参与本项目的询价。

# **项目名称：金堂县第一人民医院多源治疗仪采购项目**

# **项目编号：HXJTYY-YL-20240014**

# **四、项目概况**

本项目一个包，预算：1.6万元，最高限价：1.6万元，超过最高限价的报价为无效报价。（具体详见询价文件）

# **五、供应商资格要求**

（1）供应商具有独立承担民事责任的能力；

（2）供应商具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（3）供应商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）参加本次询价活动前三年内，供应商在经营活动中没有重大违法记录；

（6）供应商符合法律、行政法规规定的其他条件；

（7）不接受联合体参加询价。

（8）本项目特定资格要求：无。

# **六、询价文件的获取**

**一、报名需提供的资料**：(以下资料需加盖公司鲜公章)

（一）公司营业执照（复印件）

（二）具备本项目特定资格要求的证明材料（如涉及）

（三）金堂县第一人民医院院内采购项目报名表（格式见附件）

**七、报名时间**：2024年6月18日—2024年6月20日（工作日） 上午8:10-12:00   下午 13:30-17:00。

**八、报名方式：线上报名，报名资料以PDF扫描件的形式发送到指定邮箱（911604347@qq.com）**

报名联系电话：028-61568771

报名联系人：刘老师

# **九、递交询价文件的时间及地点**

 （一）递交询价文件的截止时间：2024年6月21日9时30分（北京时间），询价时间： 2024年6月21日9时30分（北京时间），询价地点：成都市金堂县金广路886号 金堂县第一人民医院行政四楼会议室。

(二)参加此项目的供应商请在询价时间前30分钟到金堂县第一人民医院行政四楼432办公室查询开标会议室。

**第二章 询价须知**

**一、询价时需提交的资料**

（一）投标文件正本一份，副本一份，需加盖公司鲜公章，并密封，包含但不限于以下内容：

1.统一社会信用代码营业执照复印件；

2.法定代表人/单位负责人身份证复印件；

3.法定代表人/单位负责人授权书原件和被授权代表的身份证复印件（正反面）及原件。（法定代表人/单位负责人参与询价时不需要提供）

4.具备该项目特定资格要求的证明材料；

5.无行贿犯罪记录承诺（格式自拟）；

6.无重大违法犯罪记录声明（格式自拟）；

7.项目要求响应情况（如涉及样品需提供样品）；

8.报价单1份（格式自拟，包括但不限于名称、规格型号、单价、总价、数量）

9.类似业绩证明材料（发票或合同）等材料。

10.投标公司认为可以证明其优势的其他资料。

（二）以下资料格式见附件，需加盖公司鲜公章：

1.投标承诺函1份（附件一）

[注]：投标时以上资料必须齐全，报价单及投标文件正本须每页加盖报价单位鲜公章; 凡未按以上要求提供资质材料或提供不全者，一律不得参加本次询价。

**第三章 项目内容**

**一、项目编号：HXJTYY-YL-20240014**

**二、项目名称：**多源治疗仪采购项目

**三、项目预算：1.6万元，最高限价：1.6万元**

**四、资格要求（实质性要求）：**

1、供应商具有独立承担民事责任的能力；

2、供应商具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、供应商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、参加本次询价活动前三年内，供应商在经营活动中没有重大违法记录；

6、供应商符合法律、行政法规规定的其他条件；

7、本项目不接受转包、分包及联合体投标。

**五、项目要求**：

**（一）货物清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 数量 | 最高限价（万元） |
| 01 | 多源治疗仪 | 1台 | 1.6 |

1. **货物技术服务要求（全部为实质性要求）**

1、功效包括：改善血液循环、增强免疫功能、平衡神经—内分泌调节功能、促进组织修复再生、消炎止痛等。

2、产品由辐射头、活动支臂、升降杆、底座、控制盒等部件组成。

3、辐射头采用的辐射片不少于5片，单位表面积上的功率强度应不大于10mW∕m㎡

4、辐射片不含放射性物质，不发出对人体有害的射线。

5、辐射片可使用10000小时至12000小时（若保修期外，也应保证此时间规定）。

6、辐射片发出的波长为＞90%：2μm~25μm、，峰值波长为7μm~10μm，产生人体可匹配吸收的治疗能量，利用生物热效应和非热效应起到治疗康复的作用

7、辐射片组件表面平均温度为120℃~250℃。

8、机器配有气动升降部份，使辐射头能上下灵活升降。只需向上扳动升降手柄，升降杆即可自动上升，松开升降手柄，即能自动停止，操作方便。升降杆行程范围：≦200mm。

9、水平方向固定不动；垂直方向为：≧70°

10、工作时间控制分20、40、60分钟三档；可设置“长通”，功率控制分高、中、低三档；有声音提示；有电源提示；有累计计时功能。

11、电子定时装置定时，相对误差为－1﹪~1﹪。

12、底座尺寸（￠720+2）×（160+3）mm

13、治疗仪表面棱角应无锐边、毛刺，喷涂色泽应光滑均匀，不得有划痕损伤和锈蚀。

14、工作条件较广，低温、高温、湿热、振动和碰撞、安全性能检测均合格

15、电源要求：AC220V＋22V、 50Hz＋1Hz；输入功率：≦200VA

16、经防疫部门检验，本产品不含对人体有害的放射线。

1. **商务要求（全部为实质性要求）**

1、服务期限：签订合同后15日内送到采购人指定地点。

2、服务地点：金堂县第一人民医院。

3、全部货物验收合格后，甲方接到乙方出具的合法有效完整的完税票据及凭证资料后，30日内向乙方支付合同金额的100%。

4、售后服务:

（1）.质保期1年（质保期为验收合格之日起开始计算）；

（2）.质保期内出现质量问题免费更换或维修；

（3）.如需更换零配件，供应商应保证所更换的零配件与原设备相同规格和品质，维修期间，供应商48小时内向采购人提供同等性能的替用设备；

（4）.质保期内，供应商在接到通知后2小时内响应到场，6小时内完成维修或更换，并承担因此产生的修理调换的配件、运输及人工等费用；

（5）.质保期内，同一设备（器械）、同一质量问题连续3次维修仍无法正常使用的，须更换新设备（器械），并对产品质量实行“三包”服务；

 (6)若采购设备需接入医院相关信息系统，中标人须负责接入，并承担相应费用，采购人负责配合协调。

5.履约验收

（1）履约验收时间：供应商提出验收申请之日起10日内组织验收。

（2）技术履约验收内容：验收时如发现所交付的货物有短装、次品、损坏或其它不符合标准及本项目货物技术服务要求规定之情形者，采购人应做出详尽的现场记录，或由双方签署备忘录，此现场记录或备忘录可用作补充、缺失和更换损坏部件的有效证据，由此产生的时间延误与有关费用由供应商承担，验收期限相应顺延。

（3）商务履约验收内容：供应商应将所提供货物的装箱清单、配件、随机工具、用户使用手册、原厂保修卡等资料交付给采购人；供应商不能完整交付货物及本款规定的单证和工具的，必须负责补齐，否则视为未按合同约定交货。

6、报价要求：投标报价包含以上项目需求所产生的所有费用，超过最高限价为无效报价。

7、询价有效期：90天（参与询价的供应商须单独提供承诺函，格式自拟。询价有效期内供应商不得对其投标报价及相关承诺进行实质性变更，否则将被列入医院黑名单并追究其违约责任）

## 附件一：

## 投标承诺函

致：金堂县第一人民医院

本公司 （公司名称）参加 （项目名称）的投标活动，现承诺：

一、我公司满足项目相关资格要求（包括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.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；5.参加政府采购活动前三年内，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），并完全满足医院采购公告相关产品授权及商务要求。

二、所递交的响应文件及证明材料相关内容均如实填写，并真实可靠，若采购人在开标、评审过程中发现我方所提供的材料不真实，则我方的参选无效；若中选将取消我方的中选资格，我方不会有异议。

三、若我公司经综合评审确定为成交供应商，承诺成交产品的供货价格或者服务不超过四川地区其它医院。

四、一旦我方中选，保证按医院管理要求完成相关工作。

五、一旦我方中选，我方将按采购人要求签订合同。

六、我方未参与本采购项目前期咨询论证，不属于禁止参加本项目投标的供应商。

七、我方将严格按照相关法律法规的要求参与医院采购活动，积极配合医院营造风清气正的亲清营商环境。不以现金、红包、回扣、有价证券、贵重礼品等任何形式影响采购人采购行为。

八、我公司郑重承诺与本项目其他投标公司无任何关联关系；不组织、不参与任何陪标、围标、串标行为；绝不以他人名义投标，不以任何弄虚作假的方式参加投标。

如违反以上承诺，本公司愿承担一切法律责任。

**投标人名称： （盖章）**

**法定代表人或授权代表（签字）：**

**日期：**