**岳池县人民医院共享轮椅服务采购项目**

**（项目编号：YCXRMYY-2020-13）**

**竞**

**争**

**谈**

**判**

**文**

**件**

**采购人：岳池县人民医院**

**二〇二零年七月**

# **一、项目概况：**本招标项目为岳池县人民医院共享轮椅服务采购项目，招标单位为岳池县人民医院。现已具备招标条件，特邀请符合条件的企业参加竞争性谈判。

**二、项目名称：**岳池县人民医院共享轮椅服务采购项目

**三、投标人资格、资质及其他类似效力要求：**    （一）投标人资格要求：
    1、投标人必须是中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格。
    2、投标产品必须符合国家标准、行业标准和专业标准等相关标准。
    3、具有良好的商业信誉和完善的售后服务体系，并能承担采购项目供货能力和服务。
    （二）投标人资质要求
    1、投标人须提供营业执照、税务登记证及组织机构代码证。“三证合一”的公司只提供营业执照（复印件加盖投标人鲜章，原件备查）。

2、2019年度以来缴纳税收、社保证明（复印件加盖投标公司公章），新成立公司不提供但必须提供承诺函原件。
    3、提供2019年度财务报表或财务报告制度。新成立公司不提供但必须提供承诺函原件；
    4、具有履行合同所必须的设备和专业技术能力：
  5、参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法违规记录。
  （三）其他要求：

1.设备要求： 按招标要求供应商提供相关软、硬件， 所用软、硬件均为符合国家质检部门及生产厂商质量要求的全新货物。

2.投标人信誉良好，售后服务质量必须满足招标人的需要，接到招标人的维修要求后，必须在4小时之内到达现场进行处理。

**七、报名方式、时间、地点、竞争性谈判文件获取方式，正、副本数量**

1、报名时提交资料：

（1）企业营业执照复印件、法定代表人身份证复印件、授权代表身份证复印件、法定代表人授权书原件（盖鲜章）。

（2）报名时需到岳池县人民医院总务科现场报名；开标时现场缴纳投标保证金人民币2000元，中标后转为履约保证金，未中标者现场退还。

2、报名时间：2020年 7月 21日----2020年 7 月 23 日(工作日8:00-12:00,14:30-18:00)。

3、报名地点：岳池县人民医院门诊楼八楼总务科（岳池县九龙街道办事处建设路东段22号），电话：0826-5271405。

4、竞争性谈判文件获取方式：现场获取或网上下载

5、投标文件正本一份，副本二份（胶封，未胶封的投标文件按无效投标文件处理），首次报价单独密封。

**八、开标时间及地点**

1、开标时间：2020年7 月 24 日10:00 。

2、开标地点：岳池县人民医院门诊六楼敬业厅。

**九、本次开标联系事宜**

招标联系人：岳池县人民医院总务科

杨先生 电话：0826-5271405

监督部门：岳池县人民医院纪委 电话：0826-5271369

**十、评审**

1. **评审小组成员：**

评审小组由我院政府采购专家库专家、采购人代表组成。

1. **投标人：参加本次采购项目的投标人代表应是单位法定代表人或其委托人。**
2. **成交原则**

竞争性谈判小组依据谈判文件规定对投标人的投标文件进行资格性、符合性审查，通过资格性、符合性审查的投标人按抽签顺序进行谈判，符合要求的供应商进行报价。本项目采用投标人租用采购人场地由采购人收取租赁费的方式，投标人报价（租赁费）最高的供应商推荐为成交候选人。

1. **评审结果公示3个工作日后通知成交供应商签订采购合同。**

**十一、签订合同**

1. 合同将授予其响应性文件符合《竞争性谈判文件》要求、能圆满地履行合同、对采购人最为有利的投标人。
2. 采购人向成交投标人发出成交通知。
3. 成交投标人应按成交通知规定的时间、地点就采购成交内容与采购人指定机构签订合同。成交投标人不能按照谈判现场成交内容签订合同的，采购人有权取消成交投标人中选资格，并由成交投标人自行承担由此产生的不利影响。
4. 成交投标人无正当理由拒签合同的，采购人有权将其列入投标人黑名单；给采购人造成的损失超过投标保证金数额的，成交投标人还应当对超过部分予以赔偿。

**十二、采购人有权终止本次采购活动的情形**

1. 因重大变故，采购任务取消的；
2. 成交投标人未按中标通知规定的内容与采购人签订合同的；
3. 投标人提供的资料虚假，或出现影响采购公正的违法、违规行为的。

**十三、质疑和投诉**

1. 投标人认为采购文件、采购过程和成交结果使自己的合法权益受到损害的，可以在知道或者应知其权益受到损害之日起7个工作日内，以书面形式向采购人提出质疑，但需对质疑内容的真实性承担责任。
2. 采购人在收到投标人的书面质疑后7个工作日内做出答复，并以书面形式通知投标人，但答复的内容不涉及商业秘密。

投标人对采购人的答复不满意或者采购人未在规定的时间内做出答复的，可以在答复期满后15个工作日内向采购人监督部门投诉，投诉电话：0826-5271369。

**十四、争议解决方式**

采购过程中产生争议的，双方可协商解决。协商不成的，应向采购人所在地人民法院提起诉讼解决。

# 采购项目技术、服务要求

# （一）、服务方式：

采用投标人租用采购人场地由采购人收取租赁费的方式

（二）、项目要求、点位布置及数量

 A、项目要求

1、使用不充气的轮子。2、装配有输液架。3、使用皮料容易搽洗。4、有专业人员定期维护和消毒。5、免费使用期限1小时左右。免费使用时间后每小时收费不能超过4元/小时，无押金使用。6、专人负责管理共享轮椅。7、医务人员可在抢救病人时免扫码提取使用。

 A、点位布置及数量

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 位置 | 共享轮椅数 | 放置轮椅位置数（预留） |
| 南门入口 | 12 | 大于12 |
| 门诊二楼A区 | 3 | 大于5 |
| 门诊二楼C区 | 3 | 大于5 |
| 门诊三楼C区 | 3 | 大于5 |
| 门诊大楼D区 | 3 | 大于5 |

1. 、商务要求;

 1、交货期及地点

 1.1 交货期：合同签订后10天内交货。

 1.2 交货地点：岳池县人民医院。

 2、报价：租赁、分成两种方式报价

 3、技术资料

 3.1 投标人提供中文版本设备样本及带技术性参数、性能指标的彩页资料。

 3.2 功能配置表（装箱清单）。

 4、验收

 4.1 按技术参数要求由采购人组织相关科室人员按照政府采购履约验收管理办法共同验收。

 4.2 如设备安装使用后发现设备配置及参数与招、投标文件不符，医院有权退货，并追究由此造成的经济损失及相关法律责任。

 5、技术、培训与售后服务

 5.1 供货方负责派合格工程师到用户现场进行设备安装、调试，保证正常使用。

 5.2 人员培训：设备安装完毕，负责完成操作人员和院内工程师的培训与考核，使操作人员和院内工程师能熟练掌握设备的使用方法和设备的基本维修保养措施。

 5.3 售后服务：具有专业自建团队，响应快，服务及时，具有本地化服务；质保期：终身质保。应急问题4个小时处理完成，常规维修不超过8小时，超8小时未修复，提供备用设备使用。

# 、服务价格:1、租赁费：XXX元/台/年 2、分成（报价）

# 投标文件格式

# （一）法定代表人授权书

本授权委托书声明：我（法定代表人姓名）系注册于（投标人地址）的 （投标人名称）的法定代表人，现代表公司授权下面签字的（被授权人的姓名、职务、身份证号）为我公司合法代理人，代表本公司参加（ 项目，项目编号为 ）的谈判活动。代理人在本次谈判中所签署的一切文件和处理的一切有关事务，我公司均予承认，上述事项产生的一切法律责任均由我公司承担。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人：（签名及印刷体姓名）（公章）

被授权人：（签名及印刷体姓名、职务）

日 期： 年 月 日

**附：被授权人委托人及被授权人身份证复印件**

**（二）投标人基本情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| 投标人名称 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 传真 |  | 网址 |  |
| 组织结构 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 电话 |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 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 |  |

投标人名称：（单位盖章）

法定代表人或被授权代表（签字或加盖个人名章）：

投标日期: 年 月

**（三）服务要求参数表**

招标编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物（设备）名称 | 招标文件要求 | 投标产品规格型号及技术参数 | 投标响应（正偏离、负偏离、无偏离） | 偏离对货物性能的影响 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：1. 供应商必须把招标项目的全部技术参数列入此表。

2．按照招标项目技术要求的顺序对应填写。

3．供应商必须据实填写，不得虚假填写，否则将取消其投标或中标资格。

投标人名称：（单位盖章）

法定代表人或被授权代表（签字或加盖个人名章）：

投标日期: 年 月 日

**（四）商务应答表**

招标编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 包号 | 招标要求 | 投标应答 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：供应商必须据实填写，不得虚假应答，否则将取消其投标或中标资格。

投标人名称：（单位盖章）

法定代表人或被授权代表（签字或加盖个人名章）：

投标日期: 年 月 日

**（五）**、**首次报价表（格式）**

第一种方式：租赁模式

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称（租赁费） | 单位 | 数量 | 单价（元） | 合计（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 报价合计（元）： 大写： |

法定代表人签名（或盖个人名章）或其委托代理人签名：

供应商名称（公章）：

联系电话：

响应日期：

**注：首次报价文件应单独密封。**

第二种方式：分成模式

项目编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 分成比例 | 备 注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

法定代表人签名（或盖个人名章）或其委托代理人签名：

供应商名称（公章）：

联系电话：

响应日期：

**注：首次报价文件应单独密封。**

**（六）、第** **次报价表（格式）**

第一种方式：租赁模式

项目名称： 项目编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称（租赁费） | 单位 | 数量 | 单价（元） | 合计（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 报价合计（元）： 大写： |

法定代表人签名（或盖个人名章）或其委托代理人签名：

供应商名称：

联系电话：

响应日期：

**注：此表不需装入响应文件中，请自备2-3份空白页签字、盖章后递交。**

第二种方式：分成模式

项目编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 分成比例 | 备 注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

法定代表人签名（或盖个人名章）或其委托代理人签名：

供应商名称（公章）：

联系电话：

响应日期：

**注：此表不需装入响应文件中，请自备2-3份空白页签字、盖章后递交。**

**（六）、承诺函**

XXXX（采购人名称）：

我单位作为本次采购项目的供应商，根据谈判文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（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）参加政府采购活动前三年内，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、截至响应文件递交截止日未被列入失信被执行人、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。

本单位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，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

投标人名称：XXXX（单位公章）

 日 期：XXXX