医用耗材柜场地租赁服务项目招标文件（第一次）

1. 项目名称：浏阳市人民医院医用耗材柜场地租赁服务项目
2. 服务期限：三年。
3. 场地租赁底价：5000元/每台/每年 共计25000元/年。
4. 投放数量：5台（后期需根据医院需求增加投放台次）。
5. 付款方式：中标人在合同签订生效之日向采购人基本账户缴纳半年租赁管理费，后续租赁费每半年开始前第一个月内转入采购人基本账户。

六、评标办法：综合评分法，评分细则见附件1

七、交货时间：自合同签订之日起一个月内完成安装调试。

八、投标人的资格要求

1、营业执照（需备注三证合一或五证合一）。

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书

4、基本账户信息

5、投标人须提供“医疗器械经营许可证”和“第二类医疗器械经营备案凭证”

九、服务要求

1、投标人必须是自行提供服务，不得进行任何形式分包、转租，承包期间承包方不得转让或转租。

2、中标人应守法经营，如有违法行为和纠纷，造成的后果由中标人承担全部责任，医院有权终止合同。

3、在使用医用柜机（自动售货机）过程中，如发生意外或矛盾纠纷，由此产生的一切后果和法律责任均由设备供应商承担。

4 医用耗材柜内的陈列环境应当满足所经营医疗器械说明书或者标签标示的贮存要求;需要冷藏、冷冻管理的医疗器械应当对贮存环境的温度进行监测和记录。

5、医用耗材柜内的耗材摆放应当整齐有序，类别标签，所售价格，字迹清晰、放置准确，避免阳光直射。

6、医用耗材柜的贮存与出货、取货方式，应当有效防止所陈列医用耗材的污染及产品破损风险。

7、应当具备开具纸质或者电子销售发票的信息。

8、应当在醒目位置展示经营主体的相关信息、证照。

9、 应当在醒目位置公布企业售后服务电话,建立畅通的顾客意见反馈机制及退货等售后服务渠道。

10、“24小时营业”“365天无假期”专人值守，力争做到发生投诉，故障，意外事件第一时间响应解决。

11、 根据临床科室需求配送相关产品以节省医护人员的操作时间和劳动强度。

12、中标供应商缴纳5000元履约保证金。合同履约后，双方对合同执行情况进行评估，经考核合格，则于合同规定时间退换保证金，考核标准在合同签订时明确。

十、参数需求： 恒温医用柜机（自动售货机主柜+副柜）

1.设备参数：（主柜）

1.1.货道数量：≥60货道

1.2.货道类型：弹簧货道/直推货道/履带货道

1.3.外观尺寸：高≈1940MM 宽≈1269MM 厚 ≈790MM

1.4.屏幕：≥21.5寸触摸屏

1.5.额定电压：AC220V-240V,50HZ

1.6.功率：制冷：≥442W 常温：≥44W

1.7.温度：4℃-25℃（温度根据环境变化有波动）

1.8.支付方式：微信 支付宝 京东

2.设备参数：（副柜）

2.1.外观尺寸：高≈1940MM 宽≈1119MM 厚≈467.5MM

2.2.支付方式：微信 支付宝 京东

2.3.机器电源：AC220V-240V,50HZ

2.4.售卖数量：≈19格+选购格

十一、其它要求

1、柜内所供耗材需经设备器材部审批同意后方可投放，如医保局或发改委或物价局或卫健委等行政部门正式文件作出政策性调整时，按照调整后的相关规定进行执行。

2、院内其它需放置在耗材柜内的耗材，中标单位收取相关服务费不超过2.8%（不含税费，此项不作为评分条款）。

十二、投标文件编制要求

1、投标文件必须采用装订成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件2。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

十三、投标截止时间、开标时间及地点：

1、投标截止及开标时间：2024年4月30日9 ：00，超过报名时间的投标单位将被拒绝。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

十四、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话： 李女士：0731-83620086 张女士：0731-83605784

浏阳市人民医院

2024-4-23

附件1：评分细则

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评审因素** | **权重％** | **评分标准** |
| 1 | 投标报价 | 30 | 以经评委会-致认定满足招标文件要求且报价场地租赁费用最高的投标报价为评标基准价,其价格得分计满分。其他投标人的价格得分统一按公式计投标报价得分= 投标报价/评标基准价×价格数值 |
| 2 | 设备样品 | 22 | 根据投标人所提供的样品图册，从样品材质、配置、工艺、选型、功能等方面综合评价，符合采购人要求的计15分，有不合理或欠缺处的每处扣3分，扣完为止。投标人具有自动售货机设备设置备案表的计7分。（要求提供资质复印件并加盖投标人公章，否则不计分）。 |
| 3 | 建设方案 | 16 | 建设服务方案包括设备安装调试方案、售后服务承诺、质保期、维修响应时间、24小时技术支持、专业培训、备品备件的提供等进行综合评价，完善且科学、合理的计12分，方案欠完善或欠合理或缺漏项的每处扣3分，扣完为止。未提供建设服务方案的不计分。有线上小程序购买商城运营的加4分。 |
| 4 | 售后服务 | 16 | 投标人所提供的售后服务方案（包括服务团队组织安排计划、应急管理方案及措施、人员培训方案等）进行综合评价，完善且科学、合理的计16分，方案欠完善或欠合理或缺漏项的每处扣4分。未提供售后服务方案的不计分。 |
| 5 | 业绩要求 | 16 | 投标人在2021年以来有与公立医疗机构经营同类项目的客户名单，具有1个客户合同的计2分。每多1个，加2分，加满16分为止。（要求提供相应的真实合同复印件，否则不计分）。 |
| 合计 | | 100 |  |

**附件2：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公章）**

**企业法人营业执照注册号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人或委托人:：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场签名）**

**投标人或委托人联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

**投标日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

年 月 日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标) （彩印）
4. 报价文件
5. 技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”和第二类医疗器械经营备案凭证

七、 供应商认为需要提供的其它资料。

**一、营业执照**（需备注三证合一或五证合一）

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 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

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）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）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**四、报价文件**

投标人名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一 | 项目名称 |  |
| 二 | 交 货 期 |  |
| 三 | 总投标报价 | 小写：  大写： |
| 四 | 备 注 |  |

注：本项目采用费用包干方式，供应商应根据项目要求和现场情况，详细列明项目所需的设备（软件开发）及材料购置，以及产品运输保险保管、项目安装调试、试运行测试通过验收等所有人工、管理、财务等所有费用，如一旦成交，在项目实施中出现任何遗漏，均视为包含在报价中，采购人不再支付任何费用。

日期：年月日

1. **技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）**

**六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”、”第二类医疗器械经营备案凭证”**

**七、供应商认为需要提供的其它资料**