2024年20台彩超打包维修维保（全保）服务采购项目招标文件 (第二次)

一、项目名称：2024年20台彩超打包维修维保（全保）服务采购项目

二、采购预算（最高上限价）及设备清单：

1、采购预算：490000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| B超室 | 2024年20台彩超打包维修维保（全保）服务 | 1 | 年 | 490000 | 490000 |

1. 设备清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备型号 | 数量 | 探头 | 备注 |
| 1 | GE-E8 | 1台 | RAB2-5-D,C1-5-D,1C5-9-D |  |
| 2 | PHILIPSiE33 | 1台 | L11-3，C5-1，S5-1，S8-3 |
| 3 | PHILIPSAffiniti50 | 1台 | L12-3,L12-5,S4-2,C6-2,C9-4V |
| 4 | SIMENSACUSONS1000 | 1台 | 9L4，EC9-4，4C1，4V1c |
| 5 | SIMENSACUSONS2000 | 1台 | 9L4，4V1c，6C1 |
| 6 | SIMENSACUSONS3000 | 1台 | 18L6，4V1c，9L4，6C1 |
| 7 | MINDRAYDC-8 | 1台 | P4-2E，V11-3E，L12-3E，C5-2E |
| 8 | MINDRAYDC-8 | 1台 | V11-3E，L12-3E，C5-2E，P4-2E |
| 9 | GE-E8 | 1台 | RAB6-D,C1-5,R1C5-9-D,11L-D |
| 10 | GE-C9 | 1台 | 3SP,11L,4C,E8CS |
| 11 | GE-E8 | 1台 | RAB2-5-D,C1-5,1C5-9-D,11L-D |
| 12 | MINDRAYM6 | 1台 | 3C5S,6CV1S |
| 13 | GE-E95 | 1台 | 6S-D,C1-6,M5Sc-D,9L-D,6VT-D |
| 14 | GE-S10 | 1台 | RIC5-9A-RS,C1-5RS,IC9-RS |
| 15 | GE-V2 | 1台 | 4C,E8C |
| 16 | MINDRAYR5 | 1台 | V11-3HU,C5-1U,L11-3U,SP5-1U |
| 17 | MINDRAYR5 | 1台 | V11-3HU,C5-1U,L11-3U,SP5-1U |
| 18 | MINDRAYR6 | 1台 | SP5-1U,L9-3U,L14-5WU,C5-1U |
| 19 | MINDRAYR7 | 1台 | SP5-1U,L9-3U,L14-5WU,SC5-1U |
| 20 | SIMENSSequoia | 1台 | 5V1,18L6,10L4,5C1 |

三、服务期限：2024年7月1日-2025年6月30日

四、付款方式：乙方应向甲方提供合法的发票，凭使用科室及设备科签字确认的维保验收单每半年支付一次维保费用，服务期满半年后支付该年度维保费的50%。

五、评标办法：竞争性议价，现场需二次议价。

六、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（如有）

七、采购需求

1、维保内容

（1）设备检查保养费。

（2）维保费用：包括人工费、差旅费、住宿费、加班费、发票税金及配件费等，均涵盖在投标报价中。

（3）保修的设备零件免费维修更换，更换的不良品由中标人负责处理。

（4）远程维修服务：采购人可通过电话、网络等手段免费得到中标人的技术支持。

（5）投标人必须具备维保所需的充沛的配件供给及齐全的专业维修工具，须提供服务工具校准证书。

2、维保服务技术要求

（1）中标人在服务期内负责对保修设备进行维修、维护，保证设备达到临床应用要求。

（2）▲服务期内，中标人应对维保设备提供每年4次定期维护、保养、校正服务（每季度一次），包括设备安全检查，设备除尘保养，运行状态检查，确保设备处于正常工作状态，并提供定期维护保养报告；上门维修服务不限次数。

（3）▲提供每周7\*24小时400维修服务热线，在线技术咨询和维修诊断。当设备出现故障时，初次响应时间：10分钟，并提供电话技术支持。如电话解决不了设备故障，中标人须在8小时内派出技术人员到达设备使用现场进行维修，排除故障。

（4）▲投标人须具备维护、保养、维修彩色超声设备的能力，为医院负责维修的工程师具备超声维修资质认证，并提供5名及以上超声设备的临床工程师资质证明文件，及近3个月投标人单位社保证明。

（5）中标人应保证设备在服务期内达到95％的开机率（按照365天/年计），开机率低于95%（即停机超过18天）时，每超过一天则保修期往后顺延三天。

（6）合同期内，免费提供设备的软件备份或者升级。

（7）中标人提供的维保方案需科学、有效、完整、满足医院的管理需求。

（8）▲投标人须设有备件库和保税仓库，以保证为用户提供及时准确的配件供应。

（9）投标人须提供第二类医疗器械经营备案凭证，医疗器械经营许可证。

（10）投标人须提供进出口货物收发货人报关注册登记证书并在有效期内。

（11）投标人应是资质齐全、从业经历丰富的售后服务机构，需提供营业执照及相关场所的合法证明文件。

（12）投标人须提供最近三年的年度财务审计报告。

（13）▲投标人有自主研发的医疗设备全生命管理软件进行管理，提供相关软著资质材料。

3、其它要求

（1）投标报价包括：服务的价格：包括维修、零配件、安装调试费、验收费、服务的标准附件、备品备件、专用工具的价格、运输、装卸、调试、培训、技术支持、售后服务费、保险费和各项税金、投标人须自行考虑完成项目所需的全部内容（包括验收）中产生的所有费用，采购人不再支付额外费用

（2）中标人维修、保养完毕后，向采购人提供维修、保养报告单，采购人派人进行验收，并在维修工单上签字确认；其他技术服务的验收按照本采购文件、中标人的全保修方案及相应的质量标准要求执行。

八、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1。

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。

九、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6月27日09:00，超过截止时间的投标将被拒绝（★）。

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、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  宋先生：0731-83605784

浏阳市人民医院

2024-6-20

**附件1：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

五、 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 | 总投标报价 | 小写：  大写： |
| 三 | 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。

供应商（盖单位章）：

法定代表人或其委托代理人签字：

日期：年月日

**五、供应商认为需要提供的其它资料**