消毒供应中心等离子灭菌器维保（老肯牌）招标文件

一、项目名称：消毒供应中心等离子灭菌器（老肯牌）维保

二、采购预算（最高上限价）：76000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 消毒供应中心 | 等离子灭菌器（老肯牌）维保 | 2 | 年 | 38000 | 76000 |

三、付款方式：结算方式为年度结算，乙方应向甲方提供合法的发票，乙方对产品进行年度维保后十五个工作日内，甲方按发票支付年度维保款总金额的100%。

四、维保时间：合同约定之日起

五、评标办法：竞争性议价

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）

4、采购需求偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

5、投标人须提供医疗器械维修经营许可证

七、采购需求

设备：等离子灭菌器（老肯牌）

型号：LK/MJQ-100

招标参数：

1、定期保养内容：每年例行维护3次，每次需更换真空油（4升）、滤芯（1个）、活性炭（2KG），每6个月需除尘一次，每年更换易损配件真空阀和加液阀。

2、全年24小时资深工程师电话技术支持

3、全年24小时内快速现场服务响应时间（包括所有节假日）

4、免收技术服务人员的上门服务费及相关人工费用、差旅费

5、免收维修所需要的所有配件费用和备件优先使用权

6、每年规定两次上门保养和更换老化配件

7、每月一次的工程师的电话回访或者现场技术指导培训

8、设备维修所产生的配件、人工均由投标单位承担，并保证及时维修，优先使用配件等一系列优先权。

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：2021年7月16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：刘宏：13907497269  宋远超：13973193610

**附件1：投标文件制作格式**

**投标文件**

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

**投标人:**

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. 服务响应与偏离表
6. 医疗器械维修经营许可证
7. 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 | 品牌型号 |  |
| 五 | 备注 |  |

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

1. **服务响应与偏离表**

**六、投标人须提供“医疗器械维修经营许可证”**

**七、供应商认为需要提供的其它资料**