**石嘴山市第一人民医院脱落细胞倍体分析检验项目**

**采 购 文 件**

编号：石一医招-2022-21号

采 购 人：石嘴山市第一人民医院

二Ｏ二二年七月

 **目 录**

第一章 采购公告 …………………………………………………………… 3页

第二章 供应商须知前表 …………………………………………………… 5页

第三章 供应商须知 ………………………………………………………… 6页第四章 服务要求 …………………………………………………………… 8页

第五章 投标文件格式 ………………………………………………………9页

**第一章 采购公告**

**根据《中华人民共和国政府采购法》、《政府采购非招标方式管理办法》（财政部令第74号）及政府采购相关制度规定，现就本项目采取单一来源的采购方式予以公示。**

一、基本概况：

1.项目名称：**脱落细胞倍体分析检验项目**

2.地点：院内

**3.采购人及联系电话：黄老师 0952-7823023**

4.预算价：289元/人份

**采购原因：为了更好服务于临床，我院病理科拟开展脱落细胞DNA倍体分析项目，该项目对疾病诊断具有早发现，敏感性高，准确性高等优点。麦克奥迪（厦门）医疗系统有限公司由加拿大不列颠哥伦比亚肿瘤研究院独家授权为中国唯一合作单位，独家使用脱落细胞DNA倍体分析技术，目前国内仅有麦克奥迪公司专利所有**，银川**麦克奥迪病理诊断中心作为麦克奥迪全资子公司，享有在宁夏地区使用脱落细胞DNA倍体分析技术，**故只能采取单一来源采购。

**根据《中华人民共和国政府采购法》第三十一条规定，建议采用单一来源方式采购。**

**二、拟定唯一供应商**

**银川麦克奥迪病理诊断中心有限公司**

三、投标公司需提供以下证件资料（加盖公章）

（一）法定代表人或授权代表人授权委托书与本人身份证复印件；

（二）投标人的 《营业执照》、《税务登记证》、《组织机构代码证》或“三证合一”的《营业执照》（投标人需提供复印件加盖公司鲜章）；

（三）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度承诺书；

（四）依法缴纳社会保障资金的缴纳记录和税收的承诺书；

（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的承诺书。

（六）医疗设备经营许可证或备案证等相关资质；

(七）有生产厂家或国内代理商出具的针对本项目的专项授权；

（八）最近三年与本项目类似的业绩；

四、下载采购文件时间：2022年7月29日—2022年8月2日

任何供应商、单位或个人对采用单一来源采购方式公示有异议的，可以在公示期内以书面形式向院监察、审计科实名制投诉。

投诉电话：0952-3313452

时间：8:00-12:00 14:30-17:30（正常上班时间）

公示期如无异议，公示结束后将采用单一来源采购方式采购。

开标时间：2022年8月3日15：00 时

开标地点：石嘴山市第一人民医院6号楼图书馆会议室

 石嘴山市第一人民医院

 2022年7月28日

# 供应商须知前表

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 内 容 |
| 1 | 项目名称：石嘴山市第一人民医院脱落细胞倍体分析检验项目项目编号：石一医招-2022-21号 |
| 2 | 采 购 人：石嘴山市第一人民医院联 系 人：黄老师联系地址：石嘴山市惠农区康乐路一号联系电话：0952-7823023 |
| 3 | 单一来源采购文件领取时间、地点：请于2022年7月29日起至2022年8月2日18:00，登陆石嘴山市第一人民医院（<http://www.szshospital.com>）下载电子版单一来源采购文件。 |
| 4 | 答疑：（不安排现场答疑，有疑问者请及时发传真至 0952-7823023） |
| 5 | 谈判时间：2022年8月3日下午15:00时（北京时间）谈判地点：石嘴山市第一人民医院6号楼图书馆会议室 |
| 6 | 期限：按采购人要求时限完成 |
| 7 | 供应商应准备一份正本、一份副本投标书，正副本全部密封在一个外封套内，完好密封，并在外封套上注明项目名称、供应商名称、地址及联络方式。 |
| 8 | 本项目预算金额为289元/人份（人民币大写：贰佰捌拾玖元/人份）。 |

# 第三章 供应商须知

**（一）总 则**

供应商是指向采购人提供货物、工程或者服务的法人、其他组织或者自然人。参加石嘴山市第一人民医院脱落细胞倍体分析检验项目单一来源采购的供应商，必须具备以下条件和资格。

1. 条件

1.1具有独立承担民事责任能力；

1.2具有良好的商业信誉；

1.3具有履行合同所必需的专业技术能力；

1.4具备法律、行政法规规定的其他条件。

2.资格【以下文件除标注出具原件的，其余文件在投标书中附复印件加盖公章】

2.1法定代表人身份证明、法人授权委托书及被授权人身份证（原件）；

2.2营业执照副本；

2.3 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度承诺书；

2.4 依法缴纳社会保障资金的缴纳记录和税收的承诺书；

2.5 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的承诺书。

2.6医疗设备经营许可证或医疗器械经营备案证等相关资质；

2.7 具有生产厂家或国内代理商出具的针对本项目的专项授权；

2.8 开标现场查询“信用中国”和“中国政府采购网”，如为失信投标供应商，则谢绝投标。

3.费用

不论采购结果如何，供应商必须自行承担参加此次采购活动的全部费用。

**（二）采购程序和原则**

成立谈判小组。谈判小组由采购人代表和有关专家共 3 人组成，从医院专家库中随机抽取3人。

1. 谈判小组与供应商应当遵循政府采购法规定的原则，在保证采购项目质量和商定合理价格的基础上进行采购。
2. 成交金额不得超过采购预算。

成交结果必须与批准的采购内容相一致。

# 第四章 服务要求

服务需求：

1.标本接收要求：物流人员接收

2.报告时间：接收日起3个工作日，开具报告打印系统自行打印

3.实验质控：每例标本都有iod值质控，iod值无法更改，超出范围会进行二次实验，每份报告单都有iod数值。

**第五章 投标文件格式**

**正（副）本**

**投 标 文 件**

**项 目 名 称：**

**招 标 编 号：**

 **投标人名称 ：**

 **日 期 ：**

**目 录**

1. 项目报名表 …………………………………………………………… 页

2、单位简介………………………………………………………………… 页

3、开标一览表……………………………………………………………… 页

4、售后服务及培训计划…………………………………………………… 页

5、服务承诺………………………………………………………………… 页

6、法定代表人授权书……………………………………………………… 页

7、其他有关资料………………………………………………………… 页

石嘴山市第一人民医院招标项目报名表

石嘴山市第一人民医院：

我单位认真阅读 招标公告及相关招标文件资料，并确信已完全符合招标文件所列的招标项目需求条件和要求，愿以积极认真的态度参加投标，恪守诚信，并提供良好的合作，并愿对本表所填写内容的真实性承担法律责任，现申请报名。

法人代表（签字） 投标单位（盖章）

 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 投标单位全称 |  |
| 营业执照证号 |  | 投标项目 |  |
| 税务登记证号 |  | 注册资金 |  |
| 联系电话 |  | 传真 |  |
| 联系地址 |  | 邮政编码 |  |
| 授权代理人（签名） |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  |

说明：本报名表可在招标公告附件中下载，在报名截至时间前将报名表（扫描件电子版）发送到指定邮箱szssdyrmyyzbb@163.com)，并电话告知医院招标办。

**单 位 简 介**

主要包括，但不仅限于以下内容：

1、企业全称、性质及隶属关系、设立时间、所在地址、注册资本、在宁夏（石嘴山市）的分支机构等；

2、企业的主要经营范围、规模、设备及技术能力；

3、最近三年与本项目类似的案例：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用户名称和地址 | 已完成类似项目名称 | 完成日期 | 运行状况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：**投标人应提供中标通知书和双方签订的相应的合同书，并在投标文件中附加盖投标人公章的复印件。**

4、投标人应提供的经营状况证明（列在投标文件“其他有关资料”中）；

（1）营业执照

（2）法人身份证、投标人身份证

5、与本次投标项目有关的情况说明及特点优势；

6、其他。

**开标一览表**

项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 招标编号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **投标总报价（元）** | **备注** |
| 一 | （大写）人民币\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元整（￥：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |  |

投标人（全称并加盖公章）：

 投标人代表签字：

 日 期： 年 月 日

  **注：为便于开标现场唱标，投标人须将开标一览表另外独立密封包装。**

 **售后服务及培训计划**

投标人名称： 招标编号：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项目

投标人（全称并加盖公章）：

 投标人代表签字：

日 期： 年 月 日

**服务承诺**

投标人名称： 招标编号：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项目

投标人（全称并加盖公章）：

 投标人代表签字：

日 期： 年 月 日

**法定代表人授权书**

石嘴山市第一人民医院:

本授权书声明：注册于中国的 （公司名称） 在下面签字的 （法定代表人姓名、职务） 代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务） 为本公司的就石一医招-2022-？号 项目投标活动的合法代理人，以本公司名义全权处理与该项目投标、签订合同以及合同执行有关的一切事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，有效期为 \_\_\_日历日。被授权人无转委托权。特此声明。

法定代表人签字\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

公司名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

代理人(被授权人)签字\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

公司名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 日期： 年 月 日

**其他资料**

## 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度承诺书

资格承诺函

致：石嘴山市第一人民医院

我单位参与（项目名称）（项目编号： ）项目的采购活动，现承诺如下：

我单位具有符合《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国政府采购法实施条例》及采购文件资格要求规定的良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

若我单位以上承诺不实，自愿承担提供虚假材料谋取中标、成交的法律责任。

承诺供应商（全称并加盖公章）：

单位负责人或授权代表（签字）：

日期：

## 依法缴纳社会保障资金的缴纳记录和税收的承诺书

资格承诺函

致：石嘴山市第一人民医院

我单位参与（项目名称）（项目编号： ）项目的采购活动，现承诺如下：

我单位符合《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国政府采购法实施条例》及采购文件资格要求规定的依法缴纳税收和社会保障资金。

若我单位以上承诺不实，自愿承担提供虚假材料谋取中标、成交的法律责任。

承诺供应商（全称并加盖公章）：

单位负责人或授权代表（签字）：

日期：

参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的承诺书

资格承诺函

致：石嘴山市第一人民医院

我单位参与（项目名称）（项目编号： ）项目的采购活动，现承诺如下：

我单位符合《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国政府采购法实施条例》及采购文件资格要求规定的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。

若我单位以上承诺不实，自愿承担提供虚假材料谋取中标、成交的法律责任。

承诺供应商（全称并加盖公章）：

单位负责人或授权代表（签字）：

日期：

供应商认为需要提交的供应商信誉、获奖、财务状况(资产负债表、银行资信证明或财务审计报告)、业绩、质量管理体系认证证书（如有）等其他内容。