**荣昌区人民医院询价采购文件**

重庆市荣昌区人民医院为满足业务发展需求，经审批同意，拟采购磁共振成像系统报废回收服务，欢迎有资格的供应商积极参加，相关具体要求如下：

**一、询价采购内容**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **报废设备名称** | **数量及单位** | **机器型号及厂家** | **最低限价****（元）** | **保证金（元）** |
| **1** | 磁共振成像系统报废回收服务 | 1台 | MAGNETOM C!西门子迈迪特（深圳）磁共振有限公司 | 360000 | 7000 |
|  |  |  |  | 360000 |  |

**二、供应商要求**

（一）一般资格条件

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

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；

6.法律、行政法规规定的其他条件。

（二）特定资格条件

 具有《再生资源回收经营备案登记证明》，且在有效期内。注：营业执照的经营范围必须含大型医疗设备回收等。

**三、文件递交相关说明**

（一）响应文件递交时间：2021年8月 10日14:30-15：00（北京时间）。

（二）响应文件递交方式：现场递交。

（三）响应文件递交地点：重庆市荣昌区人民医院行政楼3楼会议室（二）。

（四）评审时间2021年8月 10日15：00（北京时间）

（五）评审地点：重庆市荣昌区人民医院行政楼3楼会议室（二）。

**四、保证金**

（一）缴纳保证金方式

供应商须按本项目规定的保证金金额进行缴纳（保证金金额详见本篇“一、询价邀请书”），由供应商从其账户将保证金汇至以下指定账户，保证金的开始缴纳时间为采购公告发布之日，保证金的到账截止时间为采购当天开标前。
 保证金账户：
 户  名：重庆市荣昌区人民医院
 开户行：中国农业银行股份有限公司重庆荣昌支行

 账  号：311701010400223860000000001

1.各供应商在汇入保证金时应备注“\*\*\*投标保证金”。

2.各供应商在银行转账（电汇）时，须充分考虑银行转账（电汇）的时间差风险，如同城转账、异地转账或汇款、跨行转账或汇款的时间要求；请供应商使用网银及柜台转账方式缴纳保证金，本项目不接收柜台现金存款、结算卡、刷POS机及通过第三方支付平台缴纳保证金（如：微信支付、支付宝等方式），如果由于供应商未按以上约定方式缴纳保证金导致无法采购和无法退付保证金等后果由供应商自行承担。
 3.为了方便保证金的核查，请各供应商把开户许可证复印件及转账凭证原件带至采购现场备查。
 4. 保证金必须按询价文件规定的时间和金额缴纳。

（二）保证金退还方式

重庆市荣昌区人民医院自成交通知书发出之日起5个工作日内退还未成交供应商的保证金，成交供应商一次性支付完采购人成交金额后2个工作日内退还成交供应商的保证金。

重庆市荣昌区人民医院财务科咨询电话：023- 46331793（出纳室）

**五、评审方式及相关说明**

在经评审合格供应商不少于三家的基础上，报价最高的供应商为成交供应商。

**六、项目需求（必须全部满足）**

（一）处置设备名称：磁共振成像系统，生产厂家：西门子迈迪特（深圳）磁共振有限公司，型号：MAGNETOM C!，生产日期：2010.10

（二）供应商可自行查看现场，采购人不再单独组织。未查看现场的均视为了解项目所有情况。

（三）由成交供应商自行到医院现场拆、装、收运该报废设备，并承担相关费用；拆除过程中，保护好采购人房屋建筑，若有损坏，需恢复。

（四）对本报废设备物资的收运、处置、变卖要符合国家及重庆市相关法律、法规的要求。若因违反国家对废旧设备物资处置、变卖的相关规定，受到处罚，由成交供应商承担全部法律和经济责任。

（五）在拆除、收运报废设备过程中，发生安全责任事故，造成院方、成交供应商及第三方人员人身伤害及财产损失，由成交供应商承担全部法律及经济责任。

（六）上门收运时，成交供应商应服从院方相关部门安排，不得影响医院正常工作秩序。在收运时，造成院方设备设施损坏，赔偿或修复涉及费用由成交供应商承担。

（七）成交供应商在成交后3日内现场处置完毕。

（八）回收符合环保要求。

**七、商务要求（必须全部满足）**

（一）服务地点

重庆市荣昌区人民医院放射科

（二）报价要求

报价包括完成本项目所需所有费用。

（三）合同签订时间

成交结果公示后2日内

（四）付款方式

合同签订后7日内，成交供应商一次性向采购人支付合同全款。

**八、其他**

（一）供应商必须在响应文件中对以上条款和服务承诺明确列出，承诺内容必须达到本篇及询价公告其他条款的要求。

（二）其他未尽事宜由供需双方在采购合同中详细约定。

## 九、响应文件格式要求

**一、经济部分**

（一）报价函

（二）明细报价表

**二、技术部分**

技术响应偏离表

**三、服务部分**

服务响应偏离表

**四、资格条件及其他**

（一）营业执照（副本）或事业单位法人证书（副本）复印件

（二）组织机构代码证复印件

（三）法定代表人身份证明书（格式）

（四）法定代表人授权委托书（格式）

（五）书面声明（格式）

（六）特定资格条件证书或证明文件

说明：供应商按“五证合一”登记制度办理营业执照的，组织机构代码证、税务登记证（副本）和社会保险登记证以供应商所提供的营业执照（副本）复印件为准。

**五、其他与项目有关的资料（自附）**

### 一、经济部分

（一）报价函

**报价函**

重庆市荣昌区人民医院：

我方收到\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（项目名称）的采购文件，经详细研究，决定参加该项目的竞价。

1.愿意按照采购文件中的一切要求，提供本项目的交货及技术服务，最终报价为人民币大写： 元整；人民币小写： 元。

2.我方现提交的响应文件为：响应文件壹份。

3.我方承诺：本次报价及相应承诺的有效期为90天。

4.我方完全理解和接受贵方采购文件的一切规定和要求及评审办法。

5.若我方若有违规行为，接受按照《中华人民共和国政府采购法》等相关规定的惩罚。

6.我方若成为成交供应商，将按照最终竞价结果签订合同，并且严格履行合同义务。本承诺函将成为合同不可分割的一部分，与合同具有同等的法律效力。

7.我方未为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。

供应商（公章）：

地址：

电话： 传真：

网址： 邮编：

联系人：

 年 月 日

（二）明细报价表（可自行修改）

**明细报价表**

项目编号：无

项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服务项目 | 数量 | 单价（ ） | 合计（ ） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.请供应商完整填写本表。

 2.该表可扩展，并逐页签字或盖章。

 供应商名称（公章）：

年 月 日

### 二、技术部分

**技术响应偏离表**

项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购需求** | **响应情况** | **差异说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

 年 月 日

注：

1.本表即为对本项目“七、项目参数”中所列技术要求进行比较和响应；

2.该表必须逐条如实填写，若未作实质性参数描述，该供应商将失去成为成交供应商的资格，仅保留其合格供应商的身份。

3.该表可扩展，并逐页签字或盖章；

4.可附相关技术支撑材料（格式自定）。

5.根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。

### 三、商务部分

**商务响应偏离表**

项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目需求** | **响应情况** | **差异说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

 年 月 日

注：

1.本表即为对本项目“七、商务要求”中所列服务要求进行比较和响应，该表可扩展；

2.该表必须按照采购要求逐条如实填写，若未作实质性参数描述，该供应商将失去成为成交供应商的资格，仅保留其合格供应商的身份。

3 根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。

### 四、资格条件及其他

（一）营业执照（副本）或事业单位法人证书（副本）扫描件

（二）组织机构代码证扫描件

（三）法定代表人身份证明书（格式）

项目名称：

致： 重庆市荣昌区人民医院：

 （法定代表人姓名）在 （供应商名称）任 （职务名称）职务，是（供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

 （供应商公章）

 年 月 日

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

（四）法定代表人授权委托书（格式）

项目名称：

致： （采购人名称）：

 （供应商法定代表人名称）是 （供应商单位名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述项目的竞价、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。

我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年 月 日

（五）书面声明

书面声明

项目名称：

致： 重庆市荣昌区人民医院 ：

 （供应商名称）郑重声明，我公司具有良好的商业信誉，具有履行合同所必需的设备和专业技术能力，参加本项目采购活动前三年内无重大违法活动记录，在合同签订前后随时愿意提供相关证明材料；我公司还同时声明未列入在信用中国网站（www.creditchina.gov.cn）“失信被执行人”、“重大税收违法案件当事人名单”中，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为记录名单”中，并随时接受采购人的检查验证，符合《政府采购法》规定的供应商资格条件。我方对以上声明负全部法律责任。

特此声明。

（供应商公章）

年 月 日

（六）特定资格条件证书或证明文件

说明：供应商按“五证合一”登记制度办理营业执照的，组织机构代码证、税务登记证（副本）和社会保险登记证以供应商所提供的营业执照（副本）复印件为准。

### 五、其他与项目有关的资料（自附）