# 富顺县人民医院紧急采购公告

我院对核酸采样工作站进行紧急采购，现面向社会公示，诚邀符合条件的供应商参加，请于2020年12月17日11:30时之前报名并提交报价文件。

一、项目相关信息

（一）、核酸采样双人工作站2套，品牌不限，控制价：4.9万元/套，到货周期7～10日（含法定休息日），单独密封提供系统设备项目报价单；

（二）、产品功能：

1、主体采用拼装板房结构，成品运输，可灵活适应各种场地；

2、配置高效过滤器，可提供万级洁净度正压环境，有效隔离医护人员，保证医护人员安全；

3、采样正窗与侧窗配置手套法兰各2套，对话系统2套，采样窗外下端有高度适合的置物平台，采样方便快捷，全程无需直接接触被采样人员；

4、内置知名品牌壁挂空调，保证工作人员的舒适工作；

5、至少可容纳3个工作人员同时工作，不妨碍协作完成采样工作；

5、防水、防潮，保证户外正常使用。

（三）、产品参数：

1、外部尺寸：≥3300mm×2000mm×2700mm，雨搭尺寸须超出采样窗外操作平台

2、内部尺寸：≥2700mm×1350mm×2100mm

3、过滤器：高效过滤器≥2片，对0.3μm颗粒有效过滤达99.995%

4、噪音等级：≤75dB

5、额定功率：≤3000W

6、平均照度：≥350lx

7、照明灯功率：≥20W×2

8、传递窗紫外消毒设备：知名品牌消毒机

9、传递窗尺寸：400mm×400mm×400mm

10、对讲机：主机＋副机

11、空调：1匹冷暖变频空调

12、风机：高效离心风机

13、使用人数：1～3人

14、采样手套：≥3双。

二、供应商应具备的条件及需要递交的资料

（一）供应商应具备的条件

1、具有独立履行民事责任的主体资格；

2、遵守国家法律法规，具有良好的信誉和诚实的商业道德；

3、具有履行合同的能力；

4、所供产品符合国家、行业标准；

（二）供应商需递交的资料

1、报名函（模板见附件一）

2、法定代表人授权委托书（模板见附件二）

3、产品报价单（模板见附件三）

4、资质证明文件：按生产厂家及各级代理商资质证件和各公司层级授权委托书、产品资质证件的顺序，明确体现证件齐全及各层级授权关系，包括：营业执照、生产/经营许可证、税务登记证、组织机构代码证、投标产品医疗器械（含相关软件）注册证/备案信息、彩页、产品使用说明书、第三方检测报告等。

5、提交的所有资料须合法、真实、有效、清晰，并加盖鲜章，按以上顺序编订成册（一正一副共二份），并在首页编制目录，资料的规范完整装订作为比选的参与依据，参数要求的响应情况资料中应明确，反之视为无效文件；高于控制价的报价为无效报价。

6、提交资料须注明项目名称、公司名称、联系人及电话并加盖鲜章后于报名截止时间之前密封现场提交。

三、中选方式：低价中标。

四、联系方式及地址

联系人：陈老师，电话：0813-7563580

联系地址：四川省富顺县富世镇吉祥路490号

如有其他疑问，请及时联系。

富顺县人民医院器械科

2020年12月14日

附件一:

**报 名 函**

富顺县人民医院：

经研究，我方决定参加贵院 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受或我公司中标，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，并认可最低报价不是比选的唯一条件，你们有选择质优价廉产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关市场调研和询价的各项规定。

报名人代表姓名、职务：

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

QQ邮箱：

年 月 日

附件二：

**法定代表人授权委托书**

富顺县人民医院：

（报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（项目名称）项目市场调研和询价活动的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件三**：**  **富顺县人民医院紧急采购项目核酸采样工作站报价单** | | | | | | | | | | | | | |
| **报价单位(盖章): 经办人(签字)： 联系电话: qq邮箱： 日期:** | | | | | | | | | | | | | |
| **承诺：凡本公司所供的产品，价格不高于给其他医院的供货价。** | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 产品通用名称 | 产品注册证名称 | 注册证号 | 注册证有效期（例：2019-12-31） | 生产厂家 | 进口产品国内代理人 | 品牌 | 供货周期（天） | 规格型号 | 计价 单位 | 单价 | 总价 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **备注：供货周期指销售公司接到使用单位的采购计划到使用单位收到货物所需要的时间。** | | | | | | | | | | | | | |