成都市金牛区妇幼保健院

院内采购公告

一、项目简介：

医院拟采购一批医疗美容科设施设备。

二、项目发布方式：

本项目在成都市金牛区妇幼保健院官网主页上公开发布（提供免费下载），供符合条件的生产企业、经营企业以及潜在供应商前来参加。

1. 品目、配置及需求：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 产品配置参数 | 数量 |
| 1 |  毒麻药物储藏冰箱带双锁 | 【输入电压】AC220V 【制冷功率】≥85W【加热功率】≥170W【恒定温度】≥4-38℃(任意设定)【外形尺寸】≥480x470x840mm【内部尺寸】≥400x365x730mm【容　　积】≥100L | 2台 |
| 单反相机 | 场景模式：肖像、风景；运动；日落；夜景肖像；夜景电池类型:锂离子电池存储介质:SD卡；SDHC卡；SDXC卡连拍速度:CL：约1-7幅/秒，CH：约8幅/秒传感器类型:CMOS接口:HDMI；Wi-Fi；蓝牙产品尺寸（mm）:约135.5 × 104 × 72.5mm有效像素:≥2088万传感器尺寸:APS画幅屏幕参数:液晶屏类型旋转屏；触摸屏取景器类型:光学取景器附带闪光灯用于辅助照相拍摄产品尺寸（mm）：78\*146\*118.5mm | 1台 |
| 冰箱 | 包装尺寸：深705mm；宽640mm；高1840mm电压：220V冷冻能力：3(kg/12h)产品尺寸：深640mm；宽575mm；高1720mm冷冻室容积：≥100L散热方式：两侧散热冷藏室容积：≥149L综合耗电量：0.66kW·h/24h运转音：39dB(A)制冷剂：R600a总容积：≥249升 | 1台 |
| 冰柜 | 产品尺寸：长1530mm；宽735mm；高900mm容量：521L产品净重：57kg冷冻能力：24kg/12h冷藏容积：521L冷冻容积：521L电压：220V | 1台 |
| 2 | 整形器械 | 1. 单独项：

眼睑板双眼皮设计器弯综合剪18cm眼皮镊子二、眼部精细手术器械：手术刀柄3#带刻度剪刀95mm弯尖剪刀95mm直尖持针钳125mm止血钳125mm弯止血钳125mm直帕巾钳110mm镊子110mm0.4钩镊子110mm无钩眼袋拉钩150mm5mm圆柄耙式拉钩150mm方柄卵圆钳1把250mm弯齿眼皮镊子直组织剪14cm弯综合剪18cm三、一般手术器械弯盘190\*116\*25药杯60\*60药杯50\*50持针器125mm精细直剪刀95mm精细弯剪刀95mm直组织剪14cm弯综合剪18cm刀柄7#有齿镊子12.5直形1\*2钩无齿镊子12.5甲状腺Farabeuf组织拉钩12cm止血钳12.5弯全齿止血钳14弯全齿组织钳18cm宽5普通帕巾钳110mm 四、吸脂填充手术器械2.0\*100注水针1.2\*120注水针2.0\*300注水针3.0\*150刨孔2.5\*250刨孔3.0\*250刨孔2.0\*200刨孔2.5\*300刨孔3.0\*300刨孔3.5\*300刨孔3.0\*300品字3.5\*350品字4.0\*300品字2.5\*300同侧双排3.5\*350同侧双排1.8\*120双孔1.5\*120双孔1.2\*100双孔1.0\*60单孔1.0\*80单孔1.0\*150单孔1.2\*80单孔2.0\*150单孔2.5\*200单孔 | 若干 |

**注：**供应商负责设备的运输，保证其性能与质量，不得提供不符合质量规范或是三无产品，并负责器材在保修期内的良好运行。

四、提供真实齐全的资质证明文件一份（保证所提供的各种材料和证明材料的真实性，承担相应的法律责任，并请按照下面的顺序装订）：

1.封面（注明包号、品目、公司名称、联系人、联系电话、加盖公司印章）

2.报价一览表（见附件）

3.营业执照（副本）、税务证（国、地税副本）

4.组织机构代码证（副本）

5.质量保证书（见附件）

6.经办人授权委托书（原件，见附件）,法人、经办人身份证复印件

7.国家规定的其它相关资质证明文件或其它涉及特许经营许可的须提供经营许可证书的复印件

9.售后服务承诺书（含质量、货源保证，产品验收标准、质保期、售后服务响应等）

10.相关产品类似业绩

11.封底

五、报价要求

1.以人民币报价。（报价格式见附件）

2.报价表中的价格应包括货物设计、材料、制造、包装、运输、装卸、保险、关税、增值税、仓储、商检、卫检、报关、输机、清关手续费、调试、培训、质检、保修、其它伴随服务等所有费用。

3.可提供多种备选产品，分别报价，并分别说明性能、配置及参数。

六、其他说明：

1.根据要求及自身实际，用A4纸编制资料，严格按上述第四条的装订顺序编制资料。

2.如有，提供相关的产品技术资料。

3.提供的所有资料须加盖鲜章。

七、文件递交时间、地点

递交文件截止时间：2023年5月23日17：00前。

递交文件地点：成都市金牛区妇幼保健院2号楼5楼501。文件必须在递交文件截止时间前送达。逾期送达、密封和标注错误的文件，恕不接收。本次采购不接收邮寄的响应文件。

九、其他说明

1.项目解释权归院务部，联系人：张老师，68938000。

2.各参会供应商如对此项目有质疑、投诉，请于采购时间截止前即2023年5月23日15：00点前以书面形式向纪检监察室提出，超期不予受理。纪检监察室联系人：邹老师69517102。

附件1

报价表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 品牌 | 型号 | 单位 | 单价（元） | 备注 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |
| 合计 | 元 |

**注：**

1.报价应是最终用户验收合格后的总价，包括设备运输、保险、代理、安装调试、培训、税费、系统集成费用和采购文件规定的其它费用。

2.“品目及报价表”为多页的，每页均需由法定代表人或授权代表签字并盖投标人印章。

3.如有多种规格，请按每种规格分别报价。

供应商名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**质量保证书**

 ：

 （制造商家名称）是在 .（国名）依法登记注册的，其地址现在 。其主要营业地点现在 。

作为供应商，我方承诺，为本次招标提供的货物为原厂制造、合法渠道供应的全新产品。我方保证以投标合作者来约束自己，并对该投标共同承担和分别承担招标文件中所规定的义务。

供应商单位名称： （盖章）

供应商单位法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

附：授权销售产品清单

**法定代表人身份授权书**

 （采购单位名称）：

 本授权声明： （投标人名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

投标人名称： （加盖公章）

日期：

 ★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。