**新昌县中医院非血管介入类医用耗材试用公告（补充）**

项目编号：2025-HC-04

新昌县中医院就以下非血管介入类耗材进行试用，现将有关事项公告如下：

1、项目概况：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **标项** | **二级目录** | **产品名称** | **单位** | **采购要求** | **2年预估量** | **上限单价** | **提供样品数量** |
| 1 | 输尿管成像导管 | 一次性使用电子输尿管肾盂内窥镜导管 | 根 | 与医用内窥镜图像处理器配合使用，经尿道插入输尿管、肾盂内，对输尿管、肾盂进行观察、诊断或治疗中成像。 | 60 | 2857 | 1 |

以上产品均含安装、调试、培训和售后服务等。

2、资格条件：

（1）必须符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的要求；

（2）具有与本项目相适应的产品经营许可证件或生产许可证或服务能力；

（3）具有浙江省“两定”平台交易资格；

（4）不接受联合体投标；

（5）不允许转包、分包。

3、凡符合上述要求的供应商均可参加试用，在医院网站http://www.xcxzyy.com下载格式文件，并于2025年**07月30日 17:00时前将报价文件资料、样品(按照附件里样品投标格式填写，如果本院已在用产品可以不提供样品，但需在报名登记表的样品递交标项内注明）等**直接送达或快递至新昌县中医院总务设备仓库完成报名。

4、报价文件资料

4.1.资格证明文件：公司情况介绍、公司相关资质证明文件、法定代表人资格证明文件、授权人资格证明文件、产品授权书、两定平台交易资格证明文件等，正本一份；

4.2.商务技术文件：报价单、产品相关检测报告、服务承诺书及保障措施、同类项目业绩表、彩页资料、投标人认为需要提供的其他资料，正本一份。**文件主要格式详见附件，不得活页装订**。

5、采购单位联系人

新昌县中医院设备物资科 陈女士 电话：0575-86502833

总务设备仓库 吕老师 电话：0575-86502859

6、公告发布媒体：新昌县中医院网站http://www.xcxzyy.com

 新昌县中医院

 2025年07月22日

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 招标项目名称 | 新昌县中医院非血管介入耗材试用 |
| 招标项目编号 | 2025-HC-04 |
| 投标人（供应商）名称 |  |
| 报名日期及报名联系人 | 年 月 日 联系人： 电话： |
| 联系地址 |  |
| 传 真 |  |
| 邮 箱 |  |
| 开户行名称 |  |
| 开户行账号 |  |
| 税号 |  |
| 投标标项 | 标项： |
| 样品递交标项 | 标项： |
| 我单位同意按采购文件要求参加投标（报价）并提交资料。投标人（供应商）代表签字：  |

**附件1 格式文件**

格式一

**法定代表人身份证明书**

　 ｛姓名｝ 　，　｛性别｝　，　｛年龄｝　，　｛职务｝　，身份证号码： ，系　｛投标人名称｝ 的法定代表人。

特此证明。

　｛投标人名称｝　（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件粘贴处 |

格式二

**法定代表人授权书**

新昌县中医院：

本授权书声明：我｛姓名｝系　｛投标人名称｝ 的法定代表人，现授权委托 ｛姓名｝ 为我公司全权代理人，身份证号码： ，以本公司的名义参加贵方组织的询价活动。代理人在询价过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人无转委权，特此委托。

法定代表人（签字）：

代理人（签字）：

　｛投标人名称｝　（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 代理人身份证复印件粘贴处 |

格式三

**新昌县中医院医用耗材报价单**

项目名称：

价格单位：（人民币）元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标项 | 平台交易代码 | 产品名称 | 规格型号 | 产地品牌 | 单位 | 平台单价 | 优惠措施 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1.以上报价包括设备、标准附件、专用工具、包装、运输、装卸、安装调试、培训、检测、验收、保修、税金、商检、保险、售后服务、备品备件、SPD服务费(≤3.5%)等完成项目所需的全部费用。

单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式四

**同类项目业绩表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **供货时间** | **项目名称**  | **金额** | **实施情况** | **采购方单位名称** | **联系人姓名****联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**提供相应的销售合同复印件或发票、用户联系方式并加盖询标供应商公章，原件备查。**

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式五

**投标单位情况介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标人全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业相关资质 |  | 营业执照编号 |  |
| 单位性质 |  | 隶属 |  |
| 主要业务 |  | 固定资产净值(万元) |  |
| 现有职工总人数 |  | 单位成立日期 |  |
| 法定代表人 | 1.姓名： 2.职务： 3.职称： |
| 联系方式 | 1. 地址：

 2.邮编： 3.电话： 4.传真： 5. 联系人：  |
| 开户银行 | 1、名称： 2、账号：  |

## 格式六

## 投标单位的服务承诺书及保障措施

 新昌县中医院 ：

非常荣幸能参加贵处组织的 （填写具体询价项目名称） 项目的询价事宜，现我公司就相关服务作出如下承诺：

一、质量保证：

　　二、交货保证：

三、技术服务：

四、保障措施：

五、培训服务：

六、售后服务：

七、其他：

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式七

**新昌县中医院 （询价项目名称） 项目投标优惠措施**

新昌县中医院：

我公司自愿提供以下优惠措施：

1、

2、

3、

……..

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

**投标样品填写格式**

1. 投标项目编号及标项：示例2025-HC-04/1
2. 投标单位：
3. 平台单价：
4. 产品平台交易代码：