**招标文件**

**项目名称：黄石市第四医院有限公司制氧机维修保养服务商遴选项目**

**采购人：黄石市第四医院有限公司**

**项目地点：湖北省黄石市铁山区广友路10号**

**编制时间：2023年7月**

**黄石市第四医院有限公司制氧机维修保养服务商遴选项目采购公告**

黄石市第四医院有限公司（以下简称采购人），为推进黄石市第四医院有限公司制氧机维修保养服务商遴选项目顺利实施，保证医院供氧顺利，诚邀潜在供应商参加此次维修保养招标，现将有关事宜如下：

一、项目概况:

1. 项目业主：黄石市第四医院有限公司

2. 项目名称：黄石市第四医院有限公司制氧机维修保养项目

3. 维保地点：湖北省黄石市铁山区广友路10号

二、项目预算：5万元/年（超出控制价报价为无效投标）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 制氧机规格 |
| 1 | 黄石市第四医院有限公司制氧机维修保养服务商遴选项目 | 30m³双机组医用中心制氧系统设备 |

**备注：制氧机保养标准范围详见附件1**

三、服务期限：1年

四、供应商资格要求：

1. 具有独立承担民事责任的能力：在中华人民共和国境内注册的法人或其他组织或自然人， 提交有效的营业执照（或事业法人登记证或身份证等相关证明） 副本复印件。

2. 满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定：

具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;

具有履行本项目所必需的设备配件和专业技术能力，提供正常的售后服务及备品和备件服务；

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(提供书面声明)。通过“信用中国”网站查询自身信用记录，并提供查询截图（须盖章）；

3. 单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同供应商，不得同时参加本项目；

4. 本项目不接受联合体投标。

五、报名资料：

提供营业执照复印件、法人授权书(原件)、本人身份证(原件)及与本项目相关的资料加盖申请人公章来我院设备科报名。

六、报名时间和地点

报名时间：2023年7月22日起至2023年7月28日止。

报名地点：四医院 行管科

七：评标办法：综合评分法（详见附件2）

八、开标时间及响应文件要求：2023年8月1日 下午：14:30 响应文件（一式三份，一正两副）需按照招标要求密封并现场提交

九、联系方式：0714-5418104

采购人：黄石市第四医院有限公司

地 址：湖北省黄石市铁山区广友路10号

联系人：贾雄

电 话：13872148698

**附件1：制氧机保养标准范围**

|  |
| --- |
| **附件 制氧机保养标准范围** |
|
| 部 件 | 序号 | 零 部 件 | 保养及检查事项 | 保养及检查事项 | 是否属于保养更换耗材 |
| 检查时间 | 保养维护次数 |
| 制氧主机 | 1 | 控制电路 | 检查调试 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 2 | 中间继电器 | 检查调试 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 3 | 产氧量及纯度 | 检查调试 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 4 | 排水阀 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 5 | PLC程序控制 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 6 | 氧控仪 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 7 | 流量计校对 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 8 | 气密性检测 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 9 | 阀门 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 10 | 分子筛 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 空压机 | 11 | 空压机机头 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 12 | 排污阀 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 13 | 油镜 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 14 | 油罐 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 15 | 减荷阀 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 16 | 回油管 | 检查清洁 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 17 | 螺杆保护液 | 检查加油 | 定时更换 | 2次/年 | 是 |
| 18 | 空滤 | 检查更换 | 定时更换 | 2次/年 | 是 |
| 19 | 油精分器 | 检查更换 | 定时更换 | 2次/年 | 是 |
| 20 | 油滤 | 检查更换 | 定时更换 | 2次/年 | 是 |
| 21 | 空气/油冷却器 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 22 | 电器柜 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 23 | 温度安全检测 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 24 | 皮带 | 检查维护 | 定时检查 | 1次/年 | 是 |
| 冷干机 | 25 | 空气进出口压差 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 26 | 浮球排水器 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 27 | 风冷凝器 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 28 | 氟利昂 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 29 | 压缩机 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 过滤器 | 30 | 5级精密过滤器滤芯 | 检查更换 | 定时更换 | 1次/年 | 是 |
| 储气罐 | 38 | 压力表 | 检查维护 | 定时检查 | 2次/年 | 否 |
| 39 | 安全阀 | 检查维护 | 定时检查 | 2次/年 | 否 |
| 增压机 | 52 | 电机、阀门 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |
| 53 | 整机性能 | 检查维护 | 定时检查 | 4次/年 | 否 |

**要求：对于上述项目要求，供应商应在响应文件中进行回应，作出承诺及说明。**

**附件2：****评标办法：综合评分法**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **评分项目** | **评分标准** | **分值** |
| 报价 40分 | 本价格权值为40%。釆用低价优先法计算，即以最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他供应商的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分=（评标基准价/投标报价）×价格权值×100。计算时按四舍五入后保留小数点后两位小数。 | 40分 |
| 商务部分30分 | 服务必须满足招标文件维保要求，满足得10分；不满足不得分 | 10分 |
| 提供近三年与本地医疗机构的维保业绩（合同/中标通知书），每个2分，最高不超过10分 | 10分 |
| 针对技术服务要求提出相关承诺，且有相应的处罚措施酌情给予 0-6 分 | 6分 |
| 响应文件编制：投标文件全面响应招标文件要求，编制完整、美观,非活页装订。优良4分，一般给1分 | 4分 |
| 技术部分 30分 | 1、具有医疗器械经营许可证或二类医疗器械备案证10分2、投标人须具有备品备件储备及配送服务（提供现场照片及配件明细）得5分，不提供不得分 | 15分 |
| 1.售后服务方案：有完善的维修保养服务体系，提供具有医疗器械类职称证件复印件，每个得5分，最高得10分。2.投标人提供服务方案及承诺书原件，能保质保量按时完工的，遇到设备故障必须在1小时响应，24小时内到达现场计5分，否则不计分 | 15分 |

**响应文件格式**

封面：

响应文件

（正本/副本）

项目编号：

项目名称：

供应商名称：（公章）

联 系 人：

联系电话；

 年 月 日

**目　 录**

**（格式自拟）**

## 投标承诺书

黄石市第四医院有限公司：

为了充分体现公开、公平、公正、诚信原则，共同维护招标采购市场秩序，本单位在参与 项目过程中特作以下承诺：

（一）承诺履行招标文件要求的责任和义务，承诺遵守法律法规，承诺真实投标，承诺不围标串标，承诺不弄虚作假、造假用假。

（二）承诺我公司提交的营业执照、资质证书、许可证等资格证明文件，以及拟派本项目的项目负责人、技术负责人及其他相关人员的证照、社保等材料真实、有效。

（三）不相互串通陪标、投标，不排挤其他竞争对手，损害采购人或其他供应商的利益。

（四）不以任何形式和手段打听搜集评标情况，干扰评标工作、干扰采购人做出正确判断。

（五）不以低于成本价报价竞标，不以弄虚作假等其他方式骗取中标，不以向采购人或者评标人员请客、送礼、行贿等不正当手段谋取中标。

（六）我公司中标后，承诺履行(合同)的要求，承诺拟派本项目的项目经理（仅适用于工程项目中注册建造师）在该项目竣工或完成前不参加其他项目投标活动。

（七）我公司与采购人和采购代理机构没有任何隶属关系或其他利益关系。

（八）我公司不存在单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人，参加本项目采购活动的情况。

（九）我公司前期没有为本项目提供过整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。

（十）我公司若有幸成为本项目的成交供应商，则我公司承诺按照招标文件及成交结果公告规定的方式、时间和金额向采购代理机构交纳代理服务费。如逾期未交，采购人及采购代理机构有权将我公司上报至政府采购监管部门，并承担被列入政府采购失信行为名单之风险。

如违反上述有关规定，采购人有权取消我司参与投标的资格，没收项目保证金，并将行为予以记录。对给采购人或其他人造成损失的，依法承担赔偿责任。对触犯刑律者，移交司法部门依法追究刑事责任。

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日**附件3-营业执照（复印件加盖公章）（格式）**

（已办理“三证合一”营业执照的供应商，只须提供“三证合一”的营业执照）

**法定代表人身份证明书**

企业名称：

企业性质：

地 址：

成立时间：

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系（企业名称）的法定代表人。

特此证明。

供应商名称（公章）：

 日期：年月日

附：法定代表人身份证复印件（正面）

附：法定代表人身份证复印件（反面）

**法定代表人授权委托书**

黄石市第四医院有限公司：

（供应商名称）在下面签章的（法定代表人姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的（授权代表的姓名、职务）为本公司的合法代理人，就（项目名称、项目编号）的招标采购，以本公司的名义处理一切与之有关的事务。

代理人无转委托权。

特此声明。

日期： 年 月 日

供应商名称（公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

授权代表（签字或盖章）：

电话：

附：法定代表人身份证复印件（反面）

附：法定代表人身份证复印件（正面）

附：授权代表身份证复印件（反面）

附：授权代表身份证复印件（正面）

## 公司简介及情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商全称 |  | 经营场所面积 |  |
| 地 址 |  | 法定代表人 |  |
| 成立时间 |  | 注册资金 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 传真 |  | 网址 |  |
| 组织结构 |  |
| 经营范围 |  |
| 近三年的奖励情况 |  |
| 备注 |  |

注：1、供应商所述奖励情况（如有）须提供相应证明文件（加盖单位公章）的复印件。

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）:

日 期：年 月 日

## 报价一览表

项目编号： 项目名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商名称 |  |
| 服务期（年） |  |
| 总报价（万元） |  |
| 备注（如有） |  |

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表(签字或盖章)：

日期：年月日

## 供应商类似项目业绩表（如有）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 业主单位名称 | 业主单位联系人姓名及联系方式 | 项目负责人/成员姓名 | 项目实施时间 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
|  2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

说明：

1、每个项目业绩需提供合同书或中标通知书复印件加盖供应商公章，否则不计入得分。

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）:

日 期：年 月 日

## 技术响应偏离说明表

项目名称：

 项目编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 技术要求内容 | 响应部分 | 偏离说明 | 响应文件中对应的页码 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

注：1.供应商须对照招标文件第三章“采购需求”中服务要求的内容逐条说明，所提供服务已对招标文件的要求做出了实质性的响应，如果仅注明“符合”、“满足”，将可能被按照无效响应处理。

2.供应商须提供招标内容响应资料在响应文件中的具体页码。

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）:

日 期：年 月 日

## 拟派人员情况表（如有）

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 姓 名 | 职务职称或资质 | 联系电话 | 服务范围及岗位设置安排 | 主要经验及承担过的项目 |
| 项目负责人 |  |  |  |  |  |
| 技术负责人 |  |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

说明：必须附相关证明材料的完整清晰复印件，否则评委在评审时将不予承认。

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）:

日 期：年 月 日

## 供应商认为需要提供的其他资料

（格式自定）