#### **古蔺县中医医院**

#### **设备单一来源邀请函**

四川大象医疗科技有限公司 ：

古蔺县中医医院拟对古蔺县中医医院皮肤科强脉冲光治疗头（IPL手具）采购项目进行单一来源采购，现诚邀贵公司参加本项目的报价。

一、项目概况：

1.项目名称：古蔺县中医医院皮肤科强脉冲光治疗头（IPL手具）采购项目。

2.项目预算价：8万元。

3.本项目1个包，拟采购强脉冲光治疗头（IPL手具）一套

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品目号 | 产品内容 | 数量 | 预算金额/最高限价（万元） | 质保期 | 备注 |
| 01-01 | 强脉冲光治疗头（IPL手具） | 1套 | 8 | 3年 | 质保情况详见附件2第12点 |

二、资格条件：

1.具有独立承担民事责任的能力【①供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；未换证的提供“营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一的营业 执照”；②若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；未换证的提交“事业法人登记证书、组织机构代码证”；③若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”；④若为自然人：提供“身份证明材料”。以上均提供复印件】；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度【提供承诺函】；

3.具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录【提供承诺函】；

4.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力【提供承诺函】；

5.参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录【提供承诺函】；

6.符合法律、[行政法](http://www.lawtime.cn/info/sifakaoshi/xingzhengfa/)规规定的其他条件【提供承诺函】

7.本项目中拟采购的产品为医疗器械的，投标产品须符合《医疗器械注册与备案管理办法》要求并提供产品的注册/备案证明材料【含配置清单中独立的医疗器械】；投标人须符合《医疗器械监督管理条例》要求并提供投标人经营该产品的经营许可/经营备案证明材料。【提供证书复印件，如：“多证合一”查看营业执照复印件；2.对医疗器械有国家行政管理部门出具的最新分类或不纳入管理的政策依据的，按最新政策提供上述证书并提供相关说明】

8.保证提供所有产品为原装正品。【提供承诺函】

三、项目要求：

1.项目报价：格式详见附件1；

2.项目参数：详见附件2；

3.项目成交方式：符合此项目要求的最低价中标。

四、其他要求：

1.请在报价时附上法人身份证复印件、委托书、受委托人身份证

2.报价纸张A4纸，用档案袋密封包装，不得有打开痕迹，加盖骑缝章。

3.逾期送达或没有密封的响应文件不予接收。

五、报名时间及递交地址

1.此邀请函自2024年3月27日至2024年4月1日在古蔺县中医医院行政三楼采购科获取《依法获取比选文件及项目报名登记表》。本项目报名方式为现场报名或网上报名（免费报名），报名表见**附件3，邮箱：**850402170@QQ.com.

1.1现场报名：报名时间以现场接收报名材料时间为准，逾期不再接受报名。

1.2法定代表人授权委托书原件或公司介绍信原件【1.法定代表人和授权代表签字；2.加盖公章；3.明确授权代表联系方式（以便开标前告知是否到达开标条件）；4.附带法定代表人及授权代表的身份证复印件加盖公章】。

1.3报名截止时间以后收到的报名信息为无效报名信息；注：请及时联系古蔺县中医医院采购科确认报名是否成功。

六、截止时间及递交地点：

**递交响应文件截止时间：2024年4月2日上午09:30时止**（北京时间）。

**文件接收时间：2022年4月2日上午09:00(北京时间）至递交响应文件截止时间。**

响应文件必须在递交响应文件截止时间前送达比选地点。逾期送达的响应文件恕不接受。（若有需要调整递交响应文件截止时间或地址的情况，请以古蔺县中医医院官网发布的通知公告准。）**本次比选不接受邮寄的响应文件。**

**七、递交响应文件地点：古蔺县中医医院行政二楼会议室**

**具体地址：**泸州市古蔺县金兰街道落鸿路56号

**八、响应文件开启时间：2024年4月 2日上午09：30时**（北京时间）。

**九、比选地点：古蔺县中医医院行政二楼会议室**

**具体地址：**古蔺县金兰街道落鸿路56号；

**十、联系方式**

采购人：古蔺县中医医院

地 址：泸州市古蔺县金兰街道落鸿路56号

联系人：黎女士

联系电话：0830-7105130，13909082358

古蔺县中医医院

2024年3月26日

附件1：

报价函

古蔺县中医医院：

我方全面研究了 “ ”单一来源邀请函，决定参加贵单位组织的本项目投标报价。我方授权 (姓名、职务) 代表我方 （报价单位的名称）全权处理本项目的有关事宜。

1.我方自愿按照比选邀请函的各项要求向采购人提供所需货物及服务。

2.一旦我方中标，我方将严格履行合同规定的责任和义务。

3..按照比选邀请函要求的总报价（包干价）为人民币大写 元整（即￥ ）

具体单价如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品目号** | **产品内容** | 数量 | **质保年限** | 品牌及型号 | **投标报价（万元）** |
| 01-01 | 强脉冲光治疗头（IPL手具） | **1套** | **3年** |  |  |
| **投标报价（万元）：小写： ；大写： ；** |

4.我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与投标有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

5.我方决不提供虚假材料谋取成交，决不采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商，决不与采购人、其它供应商或者采购人恶意串通，决不拒绝有关部门监督检查或提供虚假情况，如有违反，无条件接受贵方及相关管理部门的处罚。

6.具体产品图片、功能及参数附后

投标人名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

通讯地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

日期：

注：报价要求：

（1）供应商的报价是供应商响应比选项目要求的全部工作内容的价格体现，包括供应商完成本项目所需的一切费用，包括为本次所提供的产品的生产、保险、代理、运输、安装，调试，培训，税费，招标代理服务费等供应商完成本项目所需的一切费用（实质性要求）。

（2）供应商每种服务/货物只允许有一个报价，并且在合同履行过程中是固定不变的，任何有选择或可调整的报价将不予接受，并按无效投标处理（实质性要求）。

附件2

**（一）商务要求（实质性要求）**

1.交货期限：在合同签订后5个工作日内完成。

2.交货地点：古蔺县中医医院皮肤科。

3.报价要求：报价是供应商响应采购项目要求的全部工作内容的价格体现，包含完成本项目所涉及人员劳务、差旅、设备投入、保险、风险、税金、利润、代理服务费以及采购文件规定的一切费用。

4.付款方式：提供产品验收合格后3个月内支付100%；

5.验收要求：验收总则：按照参数及质量要求执行验收。

6.其他要求：此产品必须为原厂产品，有原厂授权。

7.因涉及现场二次报价请携带公章

**（二）参数要求（实质性要求）**

1.中文名称:强脉冲光治疗头

2.产品适用范围:强脉冲光(IPL)用于治疗血管性皮肤和色素性

皮肤病，减少毛发，治疗轻度到中度炎性痤疮。

3.工作激光波长:400-1200 nm

4.光学滤光片:515,560,590,615,640,695，nm；双波长:400-600&800-1200:530-650&900-1200nm；

5.导光晶体:8mmx15mm:15mmx35mm；

6.能量密度:最大35J/cm；

7.脉冲数:1、2、和3脉冲；

8.脉冲宽度:4ms-20ms；

9.脉冲延迟:5ms-150ms；

11.皮肤制冷:连续接触性制冷；

12.质保：使用未超过壹万次脉冲可免费更换；超过壹万次脉冲但低于十万次脉冲须支付已使用脉冲次数的费用（每脉冲的费用按手具标准报价除以十万次脉冲计算）后更换。超过十万次脉冲或发货三年的不予更换；

13.货物需为原厂全新，需提供货物报关单；**注：贵公司参与本项目的报价就视为全部响应以上实质性要求，后续交货验收将按照以上要求执行。**

附件3

**依法获取采购文件及项目报名登记表**

**项目名称：古蔺县中医医院强脉冲光治疗头（IPL手具） 采购项目**

|  |  |
| --- | --- |
| **投标单位全称** |  |
| **购买日期** | **2024年 月 日** | **包号** | **/** |
| **购买单位代表****姓 名** | **职 务** | **联系方式（必须如实填写）** |
| **办公室电话号码** | **手机号码** | **传真号码** | **邮箱** | **QQ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **投标单位法人****姓 名** | **职 务** | **联系方式（必须如实填写）** |
| **办公室电话号码** | **手机号码** | **传真号码** | **邮箱** | **QQ** |
|  |  |  |  |  |  |  |