**南通市妇幼保健院心电图室叫号系统项目**

**采购编号：2020XXXJ002**

**询价文件**

**采购单位：南通市妇幼保健院**

**二〇二〇年十二月**

**目 录**

第一部分 询价公告…………………………………………………………………….1

第二部分 询价文件组成…………………………………………………………...3

**南通市妇幼保健院心电图室叫号系统项目**

**询价公告**

为满足医院信息化建设需要，规范排队就诊检查流程,现为医院心电图室采购排队叫号系统硬件。

一、采购内容

项目名称：南通市妇幼保健院心电图室叫号系统项目

项目编号：2020XXXJ002

采购预算：2万元

二、报价供应商资格要求

1、具有独立承担民事责任的能力；具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；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。

三、项目需求

1、心电图室叫号系统硬件品牌、型号如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **主要参数** | **建议品牌** | **数量** |
| 1 | 签到机 | 21.5英寸液晶LED显示屏  分辨率:1920 \* 1080  色彩度(最大):1677万色  一维、二维码通扫 | aoc、飞利浦、科奥 | 1台 |
| 2 | 叫号机 | 支持4K/QHD 高清显示  2G/8G DDR/ROM Android 5.1系统  2GB DDR3/8GB ROM  最大分辨:3840 x 2160 | aoc、飞利浦、科奥 | 1台 |
| 3 | 系统集成 | 配件、附材以及设备安装调试 | 国产 | 1批 |

采购标的需满足的质量、安全、技术规格、物理特征等要求见附件1。

四、询价采购报价须知

1、请各报价供应商于2020年12月16日上午11:30前将加盖单位公章的报价单及相关资格文件送达南通市妇幼保健院行政楼416信息科。逾期不再接收。

2、采用一次报价方式，不可修改。

3、成交后，成交结果将于南通市妇幼保健院官（www.ntfybj.com）公示。

五、采购单位确定

符合报价供应商资格要求和采购需求且报价最低的单位确定为本次询价采购供应商。

六、其他

1、交货期（服务时间）：自合同签定之日起20天内，完成全部货物的现场安装部署调试工作（因采购单位原因造成的延期除外）。

2、交货（服务）地点：南通市妇幼保健院指定地点。

3、质保期限：1年（自交货并验收合格之日起计）。

4、验收要求：采购单位按合同约定积极配合供应商履约，按合同约定及时组织相关专业技术人员，必要时邀请财政等部门共同参与验收，并出具验收报告，验收合格的作为支付货款的依据。

5、安装、售后服务：中标人必须负责安装、调试直至合格交付使用。本项目货物为配合心电室工作站系统使用，如在此过程中出现匹配差异,供应商需配合解决问题，且不再收取额外费用，请各供应商综合考虑费用情况。采购人向成交人发出服务通知后，成交人应当立即着手解决使用问题，在必要的情况下赶往客户现场，一般故障须在2小时内解决，重大故障须在24小时内解决。

6、付款方式：验收合格后15个工作日内，付清合同全款。

七、本询价项目联系事项

报名地点：南通市妇幼保健院行政楼416室

联系人：单林莉

联系电话：0513-59008062

南通市妇幼保健院

2020年12月10日

**询价文件组成**

**询价文件由资格审查证明材料、报价单三部分组成。**

**一、资格审查证明材料（正本一份、副本二份，单独密封）**

1、关于资格的承诺函（附件1）；

2、法定代表人身份证明书（提供复印件并加盖公章）；

3、如非法定代表人投标，需提供法人授权委托书（附件2）；

4、其他需要提交的资格审查证明材料。

**二、报价单（一式二份，单独密封）**

**附件1**

**承诺函**

南通市妇幼保健院：

本公司作为本次项目的投标人，郑重承诺具备以下条件《政府采购法》第二十二条：

一、具有独立承担民事责任的能力；

二、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

三、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

四、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

五、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；

本公司对上述承诺的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

投标人名称（盖章）：XXXXXXXX

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：XXXXXXXX

日期： 年 月 日

**附件2**

**法定代表人身份证明**

（法定代表人参加投标，须出示此证明）

南通市妇幼保健院：

我公司法定代表人 　　　参加贵单位组织的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（采购项目名称)项目的招标采购活动，全权代表我公司处理该项目活动的有关事宜。

附：法定代表人情况：

姓名：XXXXXX 性别：XX 年龄：XXXX 职务：XXXXXX

身份证号码：XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX

手机：XXXXXX XXXXXX

传真：XXXXXX XXXXXX

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

**授权委托书**

（委托代理人参加投标，须出示此证明）

南通市妇幼保健院：

兹授权 （被授权人的姓名）代表我公司参加\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（采购项目名称)项目的招标采购活动，全权处理一切与该项目招标有关的事务。其在办理上述事宜过程中所签署的所有文件我公司均予以承认，我公司对被授权人签名的所有文件负全部责任。

被授权人无转委托权。特此委托。

附：被授权人情况：

姓名：XXXXXX 性别：XX 年龄：XXXX 职务：XXXXXX

身份证号码：XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX

手机：XXXXXX XXXXXX

传真：XXXXXX XXXXXX

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

被授权人身份证复印件

（粘贴此处）

**南通市妇幼保健院**

**询价采购报价单**

编号：xxxxxxx

投标人全称（加盖公章）

项目名称：xxxxxxxxxxxxxxx

硬件设备购置需求清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 型号 | 数量 | 单价（元） | 金额（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |

注：1、有限价标注的，报价时不得突破，否则作为无效响应。

2、大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准。

法定代表人或委托代理人（签名）：

报价人名称（公章）：

报价人：

报价人联系电话：

付款承诺：

其它承诺：