老肯低温等离子维保服务采购项目招标文件 (第二次)

一、项目名称：老肯低温等离子维保服务采购项目

二、采购预算（最高上限价）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 消毒供应中心 | 老肯低温等离子维保 | 1 | 年 | 30000 | 30000 |

三、服务期限：一年

四、付款方式：维护保养服务费按半年度支付，中标人全面履行了合同约定的服务内容，经采购方考核服务合格并无违约行为，凭中标人开具的正式全额发票付款。从签订合同之日起每半年采购人向中标人支付上半年度的维护保养服务费（即一年合同金额的50%）

五、评标办法：竞争性议价，现场需二次议价。

六、投标人的资格要求

1、营业执照（需备注三证合一或五证合一），能独立承担民事责任，提供在保修期内不得进行转包的承诺函。

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书（如有）

4、投标人是设备的原制造厂商或具备原制造厂商授权的单位(提供证明文件)，第三方投标单位必须具备专业工程师和原厂培训的特约维护队伍维修工程人员，提供原制造厂商维修培训资质证书及本单位社保证明。

七、采购需求

设备名称：等离子消毒机

品牌型号：老肯LK/MJQ-100

维保招标参数：

1.保修服务期限为壹年。

2.保修内容包括：老肯LK/MJQ-100等离子消毒机在保修期内的维修、保养、更换配件和易损耗材。

3、本项目采用费用包干方式建设，投标人应根据项目要求和设备情况，包括投标报价所需的配件费、材料费、人工费、交通费、住宿费、生活费、升级费、税费、保险费、节假日加班费等所有费用，如一旦中标，在项目实施中出现任何遗漏，均由中标人免费提供，采购人不再支付任何费用。

4.要求投标人持有至少1名本设备制造厂家工程师培训合格的服务资质，中标人的现场服务工程师必须与投标文件中的工程师一致。

5.供应商必须确保保修期内更换的配件及提供的易耗耗材均为原厂全新配件，安装完毕后达到设备新装标准。

6. 保修设备在保修期内不限次数提供维修服务，不限数量更换所需更换的备件，享受优先派工，保修期内故障报修响应时间≤4小时；工程师到场维修时限≤24小时。

8. 投标人保证甲方一年开机率达到95% ，即每年停机不超过13个工作日。若此开机率由于中标人的原因未能达到，导致设备开机率低于95%，按1：7的比率延长保修期。

9.单次故障维修时间不超过三个工作日（即≤3天），如不能按期完成维修，乙方承诺提供维修样机供甲方临时使用至设备修复为止。

10.提供每年两次的详细设备预防性维护保养计划，根据计划在保修服务期内定期做预防性维护保养，并提供符合技术要求的详细保养记录报告。定期维护保养内容包括但不限于：

（1）每3个月内按要求更换真空油3升，更换滤芯1个，更换活性炭滤芯2kg，每3个月至少一次。

（2）每年根据实际使用需求定期更换真空阀、加液阀，每年至少一次。（真空阀的使用寿命约为10万次，加液阀被过氧化氢腐蚀就需更换）。

（3）其它常规保养内容。

11.提供服务的制造商应具有经校正的所保修保养设备的专业维修工具、仪器。

12.在保修服务期内免费提供设备的软硬件安全升级（非功能性软件），以提高设备的安全性和性能。并提供所有升级资料和记录。

13、中标人需做好每次保养、维修记录，由使用科室和设备科工作人员签字，保养、维修记录按每半年整理造册交采购人存档。

八、其它要求：

1、合同期内，医院将对中标人的服务质量进行考核（包括：开机率、故障响应时间、故障排除时间及维保服务条款履行情况等），若考核不合格，医院可解除合同并有权要求中标人赔偿由于设备停机造成的直接和间接损失，每半年为一个考核周期。

8、付款方式：维护保养服务费按半年度支付，中标人全面履行了合同约定的服务内容，经采购方考核服务合格并无违约行为，凭中标人开具的正式全额发票付款。从签订合同之日起每半年采购人向中标人支付上半年度的维护保养服务费（即一年合同金额的50%）。

九、投标文件编制要求

1、投标文件必须采用装订成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件1。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

十、投标截止时间、开标时间及地点：

1、投标截止及开标时间：2024年10月17日09:00，超过截止时间的投标将被拒绝（★）。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

十一、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话：李女士：0731-83620086  宋先生：0731-83605784

浏阳市人民医院2024-10-10

**附件1：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公章）**

**企业法人营业执照注册号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人或委托人:：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场签名）**

**投标人或委托人联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

**投标日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

年 月 日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标) （彩印）
4. 报价文件
5. 承诺函
6. 原制造厂商或具备原制造厂商的授权证明
7. 原制造厂商维修培训资质证书及维修人员社保证明

八、 供应商认为需要提供的其它资料

**一、营业执照**（需备注三证合一或五证合一）

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**四、报价文件**

投标人名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一 | 项目名称 |  |
| 二 | 总投标报价 | 小写：大写： |
| 三 | 备 注 |  |

注：本项目采用费用包干方式，供应商应根据项目要求和现场情况，详细列明项目所需的设备（软件开发）及材料购置，以及产品运输保险保管、项目安装调试、试运行测试通过验收等所有人工、管理、财务等所有费用，如一旦成交，在项目实施中出现任何遗漏，均视为包含在报价中，采购人不再支付任何费用。

供应商（盖单位章）：

法定代表人或其委托代理人签字：

日期：年月日

1. **承诺函**
2. **原制造厂商或具备原制造厂商的授权证明**
3. **原制造厂商维修培训资质证书及维修人员社保证明**

**八、供货商认为的其它资料**