**重庆医科大学附属永川医院**

**采购公告**

**项目号：2023ZB230**

| 项目名称 | **多功能电离子手术治疗机（皮肤科）** | | | 采购方式 | **院内议价采购** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系地址 | 重庆市永川区萱花路439号 | | | 联系人 | 彭先成 | |
| 联系电话 | 023-85385105 | | | | | |
| 报名及递交资质时限 | | **2024年1月3日00：00至2024年1月5日24：00** | | | | |
| 递交方式 | | **请在规定时间内使用顺丰快递邮寄给采购办彭先成（请务必写清楚项目名称及联系方式，1份资料）** | | | | |
| 项目采购时间 | | 待定 | | | | |
| 采购品目 | | 国产或进口 | 数量 | | | 备注 |
| **多功能电离子手术治疗机（皮肤科）** | | **/** | **1台** | | |  |
| 供 应 商 资 格 要 求 | | （1）具有独立承担民事责任的能力；  （2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；  （3）具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；  （4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；  （5）参加政府采购活动近三年内，在经营活动中没有重大违纪记录；  资质要求：  一、响应公司资质  1、营业执照三证合一（副本）  2、响应公司委托负责本次采购事宜人的授权委托书。  3、负责本次采购事宜人的身份证复印件。  二、代理商资质  1、营业执照三证合一（副本）  三、厂家资质  1、营业执照副本（需对2022年度或2023年度年检的有效证件）提供三证合一  2、医疗器械注册证及注册登记表或者备案凭证（I类）  四、授权  1、厂家授予代理商的授权书  2、代理商授予响应商家的授权书  **需提供最新三证合一的资质复印件，彩页。**  **需提供最新三证合一的资质复印件。**  **附件1：多功能电离子手术治疗机（皮肤科）的功能及技术要求、商务需求**  **附件2: 报价单参考模板**  **附件3：技术/商务偏离表**  **特别说明：**  **特别要求：报名资料封面上必须注明项目名称、联系人、联系方式、邮箱号码等信息。**  **报名文件内需要包含：报名资料+报价单+技术/商务偏离表等。（只需要1份，请使用顺丰邮寄）** | | | | |

**附件1：**

**多功能电离子手术治疗机（皮肤科）的功能及技术要求、商务需求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 单位 | 需求数量 | 备注 |
| **多功能电离子手术治疗机（皮肤科）** | 台 | 1 |  |

**一、设备功能及技术需求**

1.功能用途：用于增生性皮肤病的治疗。

2.具体技术需求

（1）电压：AC220V±5%

（2）工作模式：长火、短火可切换

（3）单极治疗手柄（及治疗头不少于10个）

（4）功率连续可调

（5）配置脚踏开关

**二、商务要求**

1、设备整机质保期：≥5年，中标单位需在规定质保期内按照合同约定上门维护完成售后服务及三方签字，作为支付履约保证金的依据之一。

2、设备质保期内，出现不可修复的质量问题需无条件更换全新机器，修复期超过五天时需提供备用机。

3、合同期内不得随意变更配送单位。

4、到货期：30天内。

**附件2：**

**报价单参考模板**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **规格型号** | **原产地及**  **生产厂家** | **数量** | **单价（元）** | **备注** |
| XXX | XXX | XXX | XXX | XXX | XXX |
| **最终价格：** | | | | | |
| **质保期：** | | | | | |
| 到货期**：** | | | | | |
| **备注事项：**上述费用为包干总价，包括不限于所有配件费用（含配件配置、备件、专用工具、系统等）、包装费、运输费、装卸费、安装调试费、检验费、培训费、技术服务费、售后服务费（咨询、设备检修、调试、软件升级等费用）、维修保养费（含维修人工费、耗材及配件费）、税费、保险费、差旅费、人工等费用。甲方不再另行支付乙方任何费用。 | | | | | |

**商家联系方式：姓名+联系方式**

**经销商名称：**

**附件3：**

**技术/商务要求响应偏离表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 技术（商务）要求 | 响应情况 | 差异说明 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商： 被授权人（签字）：

（供应商公章）

年 月 日

**注：**

**1、本表即为对本项目“附件1、设备功能及技术需求、商务要求”中所列要求进行比较和响应；**

**2、该表必须按照比选要求逐条如实填写，根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。**