**【招标公告】医院购置轮椅项目**

**一、项目名称**：天津市滨海新区中医医院购置轮椅项目

**二、项目总预算：**1.95万元，30（台/套）

**三、供应商资质要求**

（一）根据《医疗器械监督管理条例》的规定，若供应商为所响应产品的制造商，须提供其医疗器械生产企业备案证明文件或医疗器械生产企业许可证的扫描件或复印件加盖公章；若供应商非所响应产品（第一类医疗器械除外）的制造商，须提供其医疗器械经营企业备案证明文件或医疗器械经营企业许可证的扫描件或复印件加盖公章。

（二）供应商须具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款规定的条件，提供以下材料：

1、营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书扫描件或复印件并加盖公章。

2、财务状况报告等相关材料：提供2023年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明复印件并加盖公章。

3、2024年至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料扫描件或复印件并加盖公章。

4、提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提交响应文件截止日前成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）并加盖公章。

（三）供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书及身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）；供应商若为被授权的委托代理人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书、法人代表授权书（须由法定代表人签字或盖章）和被授权人身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）。

（四）本项目不接受联合体参加磋商，供应商须提供《非联合体磋商声明函》并加盖公章。

**四、投标截止时间、投标地址及报名要求**

1.公示时间：2024年12月11日至2024年12月16日

2.**投标截止日期**：2024年12月18日17点前（过期将视为自动放弃此次投标）

3.公告发布平台：医院官网、医院招标采购微信公众号、院内公示栏

4.投标地址：天津市滨海新区柳州东道292号住院部三楼绩效考核办-采购；

联系电话：022-60837877 联系人：刘老师、张老师

5.**投标文件要求:投标文件要求正副本各一份，资质文件开标前审核（详见附件1：供应商及产品资质审查内容要求），要求与技术标、商务标分开密封，在密封处加盖单位公章，并留投标人联系方式，以便通知开标时间。**

**6.报名要求：**请参加投标的供应商将资质文件材料（盖章PDF版扫描件）在投标截止日期前通过邮箱发送至bhxqzyyycgb@163.com进行报名，邮件内附上联系电话，并电话确认院方已收到。

**五、招标方式：**院内招标。

**六、开标时间及地点**：电话或邮件另行通知。

**七、评标办法**：综合评分法。

**八、监督电话**：60837861

**九、本招标文件的最终解释权归天津市滨海新区中医医院**。

**注：招标需求请您关注医院官网：http://www.bhxqzyyy.com/首页中 “公告通知”专栏查找该项目招标文件下载，项目需求。**

天津市滨海新区中医医院

2024年12月11日

**项目需求**

一、技术参数

1.车架：应采用高强度钢管焊接而成，表面应采用喷涂处理，耐腐蚀，不易生锈。

2.座靠垫：采用优质牛津纺材质，缝制牢固平整，配安全带，保证安全系数。

3.前轮：前轮配高强度塑料轮毂，优质钢质前叉，表面磨砂喷涂，抗腐蚀。

4.后轮：后轮采用双层钢圈，配助跑式手轮，可用手直接驱动 ，PU胎耐磨损，免维护。

5.脚踏板：高强度防滑踏板，踏板高度三档可调。

6.扶手：固定式扶手,扶手垫采用优质皮革面料，内衬优质高密度海绵。易清洁，舒适度好。

7.刹车：采用肘节式刹车装置，保证制动性能及驻车安全。

8.可收合折叠。

第二部分商务要求（资质要求、交货时间、售后服务等）：

一、供应商资质

参加本项目磋商的供应商应在响应文件中提供以下证明材料：

（一）根据《医疗器械监督管理条例》的规定，若供应商为所响应产品的制造商，须提供其医疗器械生产企业备案证明文件或医疗器械生产企业许可证的扫描件或复印件加盖公章；若供应商非所响应产品（第一类医疗器械除外）的制造商，须提供其医疗器械经营企业备案证明文件或医疗器械经营企业许可证的扫描件或复印件加盖公章。

（二）供应商须具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款规定的条件，提供以下材料：

1、营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书扫描件或复印件并加盖公章。

2、财务状况报告等相关材料：提供2023年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明复印件并加盖公章。

3、2024年至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料扫描件或复印件并加盖公章。

4、提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提交响应文件截止日前成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）并加盖公章。

（三）按照《财政部关于在政府采购活动中查询及使用信用记录有关问题的通知》（财库〔2016〕125号）的要求，采购代理机构于响应文件开启当日响应文件开启时间之前打印的信用中国、中国政府采购网的查询结果信用记录未列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

（四）供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书及身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）；供应商若为被授权的委托代理人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书、法人代表授权书（须由法定代表人签字或盖章）和被授权人身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）。

（五）本项目不接受联合体参加磋商，供应商须提供《非联合体磋商声明函》并加盖公章。

二．交货要求

1.交货时间：合同签订之日起十个工作日内安装调试完毕（具体情况以合同为准）

2.交货地点：天津市滨海新区中医医院

3.特别要求：除主体设备外，还须包括生产厂家的完整的随机资料，包括完整的使用和维修手册、配套的辅助设备、技术资料（包括操作手册、使用指南、维修指南或服务手册等）、设备使用所必需的备品备件，负责运输、安装并提供相应的技术服务与质量保证。

三、服务要求

1.保修期：整车保修壹年(自货物经采购方验收合格之日起计算保修期),保修期内出现质量问题由供应商免费上门保修，且免费更换全部零配件，并承担修理、调换或退货以及由此给采购方造成损失的实际费用。

2.依据产品说明书，保修期内供应商对所供货物提供免费维护与保养。

3.货物在保修期内更换整机的，从双方确认更换完成日期开始，保修期重新计算。

4.在产品说明书或标签中标明的使用期限内，供应商免费对货物的软件进行更新、维护、升级。

5.在产品说明书或标签中标明的产品使用期限内，因货物质量问题，造成事故，供应商除负责修复、调换本合同货物外，还应承担受损人员及财产的赔偿责任，包括但不限于造成采购方数据丢失、损坏的，还应承担恢复数据、信息等费用损失。

6.在产品说明书或标签中标明的产品使用期限内，货物因制造粗糙、设计缺陷或原材料缺陷但在上述保修期届满之前的合理检测中未能发现的潜在缺陷，供应商负责免费更换、修复。

7.供应商针对采购方的报修，供应商的服务人员在24小时内上门，并在48小时内予以修复。供应商对于采购方报修后48小时内无法修复的部分：保修期内供应商72小时内免费更换；超过保修期但仍在产品说明书或标签中标明的产品使用期限内的，供应商72小时内更换。若供应商不予配合，采购方有权委托第三方修复或者向第三方采购同等规格的替换产品，由此产生的一切费用均由供应商承担。

8.供应商所提供的货物必须具有合法手续及相关文件。如涉及知识产权，则必须是自己拥有或合法使用，不得侵害任何第三方的合法权益。

9.供应商应随货物向采购方交付货物的使用说明书及货物相关的资料。如果所提交文件是外文的，供应商有义务为采购方提供中文或译成中文文件。

10.货物在途及安装调试过程中的风险及责任全部由供应商自行承担，包括但不限于货物在途时或安装调试过程中发生毁损、灭失，以及给采购方或其工作人员、供应商或其工作人员、第三方造成人身伤亡或财产损失等。

11.未经采购人同意，成交供应商不得转让合同、转包或分包。

12.所响应产品涉及商品包装或快递包装的，按照《财政部办公厅、生态环境部办公厅、国家邮政局办公室关于印发<商品包装政府采购需求标准（试行）>、<快递包装政府采购需求标准（试行）>的通知》（财办库〔2020〕123号）要求执行。

13.供应商须整包进行磋商，不得拆包分项响应。

14.供应商如为代理商须提供所投产品生产厂家或代理机构出具的产品授权书复印件（如为代理机构授权，供应商还须同时提供代理机构与生产厂家之间的销售授权证明），将授权书复印件并加盖供应商公章。

★15.根据《医疗器械监督管理条例》的规定，供应商所投产品如属于第一类医疗器械，须提供医疗器械备案证明文件复印件并加盖公章，供应商所投产品如属于第二类或第三类医疗器械，须具备食品药品监督管理局颁发的在有效期内的中华人民共和国医疗器械注册证，提供证书复印件并加盖公章。（本条款为★条款，不符合将导致投标文件被拒绝）

第三部分：付款方式

1.供应商在合同签订三日内向采购方缴纳合同标的额的10%作为履约保证金，待三年保修期届满后，由采购方在保修期届满30日内全额(无息)退还给供应商，但历次因违约扣除的履约保证金不予退还。在三年保修期内，供应商一旦发生需扣除履约保证金的情形，供应商应在收到采购方扣除履约保证金通知之日起30日内向采购方补足履约保证金。

2.货物送到指定地点、完成安装调试、经院方验收合格，院方已收到足额履约保证金，且院方收到中标供应商提供的等额合规发票后60日内，全额付款。

第四部分：是否有配套耗材： 🞎有 🗹无

无

四、其他要求：

无

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **评 分 表** | | | | |
| **一、商务标评分标准：（满分40分）** | | | |
| 报价完整且最低得分为40分；  报价部分评分分值计算方法为：  有效投标报价得分（保留小数点后两位）：A=40\*L/B ；  A：得分； B：有效投标报价；L：有效最低投标报价。 | | | |
| **二、技术标评分标准：（60分）** | | | |
| 序号 | 评分项目 | 满分 | 评分标准 |
| **（一）客观分（40分）** | | | |
| 1 | **供应商能力评价** | 15 | 自2021年1月1日至今，对同类产品的销售业绩进行评审（包括制造商或其他代理商关于拟投产品的业绩）：  1、提供业绩一览表，每提供一项业绩得2分，最多得6分。  2、每提供一个类似业绩须的相关证明资料，得3分，最多得9分。证明材料具体要求如下：  用户盖章合同复印件（包括金额、买卖双方名称及盖章、内容、签订日期、应体现产品品牌）。 |
| 2 | **技术符合性响应评价** | 25 | （1）响应文件中提供“技术要求点对点应答表”得1分。  （2）项目需求书中技术条款完全符合项目需求书要求无偏离的，得24分，需求条款每有1项负偏离的且经磋商小组认定为非重大偏离的，每项减3分，最低得0分，响应文件中须明确标注偏离项。 |
| **（二）主观分（20分）** | | | |
| 3 | **产品性能、质量说明** | 10 | 产品性能、质量说明至少包含：产品整体性能、产品稳定性、产品安全耐用性、产品获得的第三方认证机构的认证复印件等内容。  方案包含上述4个方面且满足招标文件要求的得10分。  方案包含上述4个方面且满足招标文件要求，但存在1处瑕疵的得6分；  方案包含上述4个方面且满足招标文件要求，但存在2处瑕疵的得2分；  其他得1分。 |
| 4 | **操作性能评价** | 10 | 操作性能至少包含：所投产品操作方案、操作体验、操作手册内容等内容。  方案包含上述3个方面且满足招标文件要求的得10分。  方案包含上述3个方面且满足招标文件要求，但存在1处瑕疵的得6分；  方案包含上述3个方面且满足招标文件要求，但存在2处瑕疵的得2分；  其他得1分。 |

**附件1（共两部分）：**

**一、供应商能力资质审查内容要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资质文件审查内容** | **资质文件提供材料** |
| 1 | 根据《医疗器械监督管理条例》的规定，若供应商为所响应产品的制造商，须提供其医疗器械生产企业备案证明文件或医疗器械生产企业许可证的扫描件或复印件加盖公章；若供应商非所响应产品（第一类医疗器械除外）的制造商，须提供其医疗器械经营企业备案证明文件或医疗器械经营企业许可证的扫描件或复印件加盖公章 | 提供相关材料扫描件或复印件加盖公章 |
| 2 | 营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书 | 提供扫描件或复印件并加盖公章 |
| 3 | 财务状况报告等相关材料：提供2023年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明 | 提供相关材料扫描件或复印件加盖公章 |
| 4 | 2024年至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料 | 提供相关材料扫描件或复印件加盖公章 |
| 5 | 提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提交响应文件截止日前成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明） | 提供书面声明并加盖公章 |
| 6 | 供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书及身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）；供应商若为被授权的委托代理人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书、法人代表授权书（须由法定代表人签字或盖章）和被授权人身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）。 | 提供相关材料扫描件或复印件加盖公章 |
| 7 | 本项目不接受联合体参加磋商 | 提供《非联合体磋商声明函》并加盖公章 |

**二、医疗器械资质审查内容要求：**

|  |  |
| --- | --- |
| **生产单位投标** | **代理商投标** |
| **一类医疗器械（4项）：** | **一类医疗器械（5项）：** |
| 企业营业执照 | 投标企业营业执照 |
| 第一类医疗器械备案凭证 | 生产企业营业执照 |
| 第一类医疗器械生产备案凭证 | 第一类医疗器械备案凭证 |
| 投标商给代理人的授权书 | 第一类医疗器械生产备案凭证 |
|  | 投标商给代理人的授权书 |
| **二类医疗器械（5项）：** | **二类医疗器械（7项）：** |
| 企业营业执照 | 投标企业营业执照 |
| 医疗器械注册证 | 生产企业营业执照 |
| 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） | 医疗器械注册证 |
| 第二类医疗器械经营备案凭证 | 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） |
| 投标商给代理人的授权书 | 第二类医疗器械经营备案凭证 |
|  | 生产厂家给投标商的产品销售委托授权书 |
|  | 投标商给代理人的授权书 |
| **三类医疗器械（5项）：** | **三类医疗器械（7项）：** |
| 企业营业执照 | 投标企业营业执照 |
| 医疗器械注册证 | 生产企业营业执照 |
| 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） | 医疗器械注册证 |
| 医疗器械经营许可证 | 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） |
| 投标商给代理人的授权书 | 医疗器械经营许可证 |
|  | 生产厂家给投标商的产品销售委托授权书 |
|  | 投标商给代理人的授权书 |

**附件2**

**法定代表人授权书**

致：天津市滨海新区中医医院

我单位 （单位名称） 授权（人员姓名） （身份证号码： ，**本月/上月社保缴纳单位**(本月尚未缴纳社保的，则填写上月社保缴纳单位)**：** ，联系电话： ）作为授权代表，以我单位的名义参加 项目的采购活动，并代表我单位全权办理上述项目的磋商、响应文件澄清、说明或者更正等一切具体事务和签署相关文件。

我单位对授权代表的签名事项负全部责任。

**我单位对填写的上述授权代表的社保缴纳单位信息的真实性负责，如有不实，愿承担相应的责任。**

本授权书至磋商有效期结束前始终有效。

授权代表无转委托权，特此委托。

供应商名称（公章）：

法定代表人（签字或名章）：

日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 授权代表身份证正面 | 授权代表身份证背面 |

**注：不同供应商的授权代表的社保由同一单位缴纳的，其投标无效**

**附件3**

**无重大违法记录声明书**

致：天津市滨海新区中医医院

我公司参与 项目磋商，现郑重声明：

我方参加本次磋商活动前三年内，在经营活动中无重大违法活动记录，符合《中华人民共和国政府采购法》等相关法律法规规定的供应商资格条件。我方对此声明负全部法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

日期：

**附件4**

**非联合体磋商声明函**

我单位承诺此次响应属于非联合体参加磋商，中标后不分包、转包，本公司对声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

日期：

**附件5**

**技术要求点对点应答表**

项目名称：天津市滨海新区中医医院购置轮椅项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 技术要求 | 响应应答 | 偏离说明 | 技术支撑材料页码 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| ... | ... |  |  |  |

注：

1. 不如实填写偏离情况的响应文件将视为虚假材料。

2. 技术要求指招标文件中规定的具体要求。

3. 响应应答指供应商的实际情况。

4. 偏离说明指技术要求与响应应答之间的不同之处。

5. 如有技术支撑材料，请在“技术支撑材料页码”中填写页码，未填写视为无技术支撑材料。

供应商授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

供应商名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**附件6**

**商务要求点对点应答表**

项目名称：天津市滨海新区中医医院购置轮椅项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 商务要求 | 响应应答 | 偏离说明 | 备注 |
| 1 | 交货要求 |  |  |  |
| 2 | 服务要求 |  |  |  |
| 3 | 付款方式 |  |  |  |
| 4 | .............. |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

注：

1. 不如实填写偏离情况的响应文件将视为虚假材料。

2. 商务要求指招标文件中规定的具体要求。

3. 响应应答指供应商的实际情况。

4. 偏离说明指商务要求与响应应答之间的不同之处。

供应商授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

供应商名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**附件7**

**货物报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **货物名称** | **所投产品名称（医疗器械注册证名称）** | **品牌** | **型号** | **生产厂商** | **产地** | **数量** | **单位** | **单价（元）** | **总价（元）** | **备注（货物所包含的详细配置清单）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件8**

**质保期后设备维修的价格清单及折扣**

**项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 设备维修材料名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂商 | 产地 | 数量 | 计量单位 | 原价 | 折扣价 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称(公章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或其授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**附件9**

**主要零配件价格清单**

**项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 主要零配件名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂商 | 产地 | 数量 | 计量单位 | 原价 | 折扣价 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称(公章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或其授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**附件10**

**原厂标准的易耗品、消耗材料价格清单及折扣**

**项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 易耗品、消耗材料名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂商 | 产地 | 数量 | 计量单位 | 原价（元） | 折扣价（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称(公章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或其授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日