**柳州市中医医院（柳州市壮医医院）**

**采购前期市场调查公告**

根据我院业务工作开展的需要，拟对以下采购项目进行市场调查，欢迎具备资质、有意向的供应商联系了解详情，并提供市场调查资料：

**一、拟采购项目的基本情况**

1.拟采购项目：手术抓钳一批维修采购

2.项目编号：20240426-1

3.采购数量：一批（按照实际采购数量结算）

4.项目概况：莱夫凯尔抓钳：拉杆与钳头损坏。史塞克抓钳：拉杆与钳头断裂。ACKEMANN抓钳：钳座与拉杆链接断裂。建议上门勘察。

**二、供应商资质要求**

1.营业执照。

2.供应商须具有有效的医疗器械生产或经营相关证明（采购医疗设备才需要）：

2.1生产第一类医疗器械的须具有生产备案凭证，生产第二类、第三类医疗器械的须具备有效的《医疗器械生产许可证》；

2.2经营第一类医疗器械不需具备许可和备案证明，经营第二类医疗器械的须具备经营备案凭证，经营第三类医疗器械的须具备有效的《医疗器械经营许可证》；

3.与拟采购项目相匹配，包括但不限于压力容器、消毒产品、计量检测等国家法律法规及强制性规范所规定的许可证；

4.供应商及其提供的货物和服务应符合国家法律法规及强制性规范所规定的条件；

5.本项目不接受联合体竞价。

**三、报价文件要求**

意向供应商请将以下资料交给设备科：

1. 报价文件：加盖公司公章的PDF格式文件1份或纸质报价寄送（寄送地址：柳州市城中区解放北路32号柳州市中医医院设备科），报价文件格式参照附件2.院内评议采购供应商报价表；
2. 供应商廉洁承诺函：签字并加盖公司公章的PDF格式扫描件1份或纸质原件寄送，承诺函格式参照附件3.供应商廉洁承诺函
3. 相关资质证明：附上项目指定联系人和联系方式，PDF格式扫描件1份或纸质原件寄送；
4. 上述电子文件需要压缩后并按照如下格式命名并发送到联系邮箱内：XX（拟采购项目名称）报价-报价公司名称

**四、公告期限**

2024年4月26日至2024年4月29日下午6时00分。过期联系的供应商，我院有权不予接待。

**五、联系事项**

联系地址：柳州市城中区解放北路32号

联系部门：设备科

联系人：苏工

联系电话：0772-5357150

联系邮箱：lzszyyysbk7150@163.com

 柳州市中医医院（柳州市壮医医院）

 2024年4月26日

附件2：

|  |
| --- |
| **院内评议采购供应商报价表** |
| **对供应商资质要求** | □营业执照复印件 □（如需其他证件请自行填写）  |
| **采购内容** |  | **数量** |  |
| **具体要求** |  |
| **质保期要求** | 自交货并验收合格之日起不少于 个月。 |
| **交付使用期及地点** | 1、交付使用期：签订合同之日起 天内完成交货、安装至验收合格。 |
| 2、交货地点：采购人指定地点。 |
| **报价要求和付款方式** | 1、本次报价须为人民币报价，应包含设备正常使用前，发生的运输费、安装调试费、装卸、检验、验收、税费以及其他所有可能发生的费用。 |
| 2、本项目无预付款，全部货物交付并安装调试完毕且通过验收后，院方根据供应商所开具的真实、准确、有效、正规发票在 个月内支付本项目款项。 |
| **供应商报价情况** | 1、我方具备所有资质要求（各资质证件复印件附后），且完全响应以上商务条款； |
| 2、我方对本项目报价情况如下： |
| 货物名称 | 品牌型号 | 单价 | 数量 | 金额(元) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  金额合计 |  |
| 3、其他：无。 |
|  | **供应商名称（公章）：** |  |
|  | **联系人：** |  |
|  | **联系方式：** |  |

附件3：

**供应商廉洁承诺函**

**致：柳州市中医医院：**

我方自愿参加 项目的采购活动，并郑重承诺我方符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件：

（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；

（六）法律、行政法规规定的其他条件。

（七）我方严禁授予采购人任何名义、形式的回扣。我方不得安排并支付费用的营业性娱乐场所的娱乐活动，不以任何形式向采购人行贿，如现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品等。

我方保证上述承诺事项的真实性，如有弄虚作假或其他违法违规行为，愿意承担一切法律责任，并承担因此所造成的一切损失。

**特此声明！**

法定代表人或者委托代理人（**签字**）：

 公司名称（**签章**）：

 年 月 日