**三台县人民医院**

**院内采购文件**

**项目名称：计量检定和校准服务采购项目**

**编制日期：2024年4月15日**

**三台县人民医院**

**关于计量检定和校准服务的采购公告**

**各潜在比选申请人：**

**经医院研究，拟对计量检定和校准服务进行采购，兹以公告方式邀请符合要求的供应商参加比选。**

**一、项目名称**：计量检定和校准服务采购项目

**二、合同期限及限价**：单价采购，据实结算。限总价29万元，合同期限2年（以先到为准）。

**三、最高限价：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 检测项目 | 单项最高限价  (单位：元/台次) |
| １ | 剂量仪 | 1200 |
| ２ | 空气气压表 | 200 |
| ３ | 听力计 | 700 |
| ４ | 眼压计 | 200 |
| ５ | 肺功能仪 | 800 |
| ６ | 角膜曲率计 | 500 |
| ７ | 尿液分析仪 | 500 |
| ８ | 酶标仪 | 500 |
| ９ | 水银温度计 | 50 |
| １０ | 电子温度计 | 50 |
| １１ | 温湿度计 | 50 |
| １２ | 微量移液器 | 80 |
| １３ | 培养箱 | 400 |
| １４ | 全自动生化分析仪 | 800 |
| １５ | 血液细胞分析仪 | 400 |
| １６ | 尿液分析仪 | 500 |
| １７ | 生物显微镜 | 200 |
| １８ | 离心机 | 400 |
| １９ | 氧压表 | 50 |
| ２０ | 真空压力表 | 50 |
| ２１ | 彩超 | 800 |
| ２２ | B超 | 800 |
| ２３ | A/B超 | 1000 |
| ２４ | 胎儿监护仪 | 300 |
| ２５ | 呼吸机 | 400 |
| ２６ | 麻醉机 | 700 |
| ２７ | 体重秤 | 180 |
| ２８ | 电子体重秤 | 180 |
| ２９ | 生物安全柜 | 800 |
| ３０ | 输液泵 | 140 |
| ３１ | 注射泵(单通道) | 140 |
| ３２ | 注射泵(双通道) | 200 |
| ３３ | 注射泵(六通道) | 400 |
| ３４ | 婴儿辐射保暖台 | 700 |
| ３５ | 婴儿培养箱 | 450 |
| ３６ | 除颤仪 | 400 |
| ３７ | 全自动清洗消毒器 | 1800 |
| ３８ | 脉动真空灭菌器 | 2000 |
| ３９ | 低温等离子灭菌器 | 150 |
| ４０ | 环氧乙烷灭菌器 | 1500 |
| ４１ | 辐射防护巡检仪(x线) | 1200 |
| ４２ | 身高体重仪 | 180 |
| ４３ | 心肺复苏机 | 500 |
| ４４ | 血液透析机 | 500 |
| ４５ | 高频电刀 | 800 |
| ４６ | 新生儿黄疸治疗箱 | 400 |
| ４７ | 立式灭菌器 | 1500 |
| ４８ | 电热恒温培养箱 | 400 |
| ４９ | 二氧化碳培养箱 | 450 |
| ５０ | 生化培养箱 | 450 |
| ５１ | 干式恒温器 | 350 |
| ５２ | 血气分析仪 | 800 |
| ５３ | 荧光免疫分析仪 | 1500 |
| ５４ | 气浴恒温振荡器 | 350 |
| ５５ | 凝血分析仪 | 2000 |
| ５６ | 医用ＰＣＲ分析仪 | 2000 |
| ５７ | 化学发光免疫分析仪 | 2000 |
| ５８ | 实时荧光定量ＰＣＲ仪 | 2000 |
| ５９ | 电热恒温水槽 | 350 |
| ６０ | 恒温循环解冻箱 | 450 |
| ６１ | 血液体液分析仪 | 600 |
| ６２ | 光激化学发光检测仪 | 1800 |
| ６３ | 特定蛋白分析仪 | 1500 |
| ６４ | 糖化血红蛋白分析仪 | 1500 |
| ６５ | 生化免疫一体机 | 3500 |
| ６６ | 试剂卡孵育器 | 300 |
| ６７ | 干式荧光免疫分析仪 | 2000 |
| ６８ | 微孔板离心机 | 400 |
| ６９ | 磁共振成像系统MRI | 4000 |

注：1、上述报价均包含人工、差旅补贴、检测所需仪器及物品、快递等相关服务费用；

2、上述报价表内计量检定和校准均需符合国家相关标准及法规要求；

3、本项目公司报价为上表限价金额基础上统一下浮比例，不得出现多个下浮比例。

**四、采购方式**：院内比选

**五、报名方式及截止时间**：请潜在比选人致电三台县人民医院采购办报名，报名电话：0816-5222252；报名时间：2024年4月16日至2024年4月18日08:00～12:00、14:30～18：00（北京时间，法定节假日除外）。

**六、响应文件递交截止时间**：2024年4月23日15时00分（北京时间）。

**七、递交响应文件地点、方式**：响应文件一式两份（一正一副，密封），资料需编缉目录及页码，正本和副本必须装订成册。以上文件每页均需加盖鲜章，正本和副本须封装在一个文件袋中。密封袋上应注明投标人名称、项目名称，密封袋的封口处应粘贴牢固，并加盖密封章，未加盖鲜章的资料视为无效，响应文件封面模板详见附件（所有资料及复印件清晰可辩，若资料模糊不清，视为无），逾期送达或密封和标注不符合采购文件规定的恕不接受。**递交地点：三台县人民医院行政楼二楼会议室，递交方式：现场递交。**

**九、比选时间**：2024年4月23日15时00分（北京时间）。

**十、比选地点**：三台县人民医院行政楼二楼会议室（如有变动，另行通知）。

**十一、比选结果公告将在三台县人民医院官网以公告形式发布。**

**十二、比选文件详见附件**

三台县人民医院采购办

2024年4月15日

附件

**第一章**

**三台县人民医院**

**关于计量检定和校准服务的比选文件**

**经医院研究，拟对计量检定和校准服务进行采购，兹以公告方式邀请符合要求的供应商参加比选。**

**一、项目名称：**计量检定和校准服务采购项目

**二、合同期限及限价：**单价采购，据实结算。限总价29万元，合同期限2年（以先到为准）。

**三、最高限价：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 检测项目 | 单项最高限价  (单位：元/台次) |
| １ | 剂量仪 | 1200 |
| ２ | 空气气压表 | 200 |
| ３ | 听力计 | 700 |
| ４ | 眼压计 | 200 |
| ５ | 肺功能仪 | 800 |
| ６ | 角膜曲率计 | 500 |
| ７ | 尿液分析仪 | 500 |
| ８ | 酶标仪 | 500 |
| ９ | 水银温度计 | 50 |
| １０ | 电子温度计 | 50 |
| １１ | 温湿度计 | 50 |
| １２ | 微量移液器 | 80 |
| １３ | 培养箱 | 400 |
| １４ | 全自动生化分析仪 | 800 |
| １５ | 血液细胞分析仪 | 400 |
| １６ | 尿液分析仪 | 500 |
| １７ | 生物显微镜 | 200 |
| １８ | 离心机 | 400 |
| １９ | 氧压表 | 50 |
| ２０ | 真空压力表 | 50 |
| ２１ | 彩超 | 800 |
| ２２ | B超 | 800 |
| ２３ | A/B超 | 1000 |
| ２４ | 胎儿监护仪 | 300 |
| ２５ | 呼吸机 | 400 |
| ２６ | 麻醉机 | 700 |
| ２７ | 体重秤 | 180 |
| ２８ | 电子体重秤 | 180 |
| ２９ | 生物安全柜 | 800 |
| ３０ | 输液泵 | 140 |
| ３１ | 注射泵(单通道) | 140 |
| ３２ | 注射泵(双通道) | 200 |
| ３３ | 注射泵(六通道) | 400 |
| ３４ | 婴儿辐射保暖台 | 700 |
| ３５ | 婴儿培养箱 | 450 |
| ３６ | 除颤仪 | 400 |
| ３７ | 全自动清洗消毒器 | 1800 |
| ３８ | 脉动真空灭菌器 | 2000 |
| ３９ | 低温等离子灭菌器 | 150 |
| ４０ | 环氧乙烷灭菌器 | 1500 |
| ４１ | 辐射防护巡检仪(x线) | 1200 |
| ４２ | 身高体重仪 | 180 |
| ４３ | 心肺复苏机 | 500 |
| ４４ | 血液透析机 | 500 |
| ４５ | 高频电刀 | 800 |
| ４６ | 新生儿黄疸治疗箱 | 400 |
| ４７ | 立式灭菌器 | 1500 |
| ４８ | 电热恒温培养箱 | 400 |
| ４９ | 二氧化碳培养箱 | 450 |
| ５０ | 生化培养箱 | 450 |
| ５１ | 干式恒温器 | 350 |
| ５２ | 血气分析仪 | 800 |
| ５３ | 荧光免疫分析仪 | 1500 |
| ５４ | 气浴恒温振荡器 | 350 |
| ５５ | 凝血分析仪 | 2000 |
| ５６ | 医用ＰＣＲ分析仪 | 2000 |
| ５７ | 化学发光免疫分析仪 | 2000 |
| ５８ | 实时荧光定量ＰＣＲ仪 | 2000 |
| ５９ | 电热恒温水槽 | 350 |
| ６０ | 恒温循环解冻箱 | 450 |
| ６１ | 血液体液分析仪 | 600 |
| ６２ | 光激化学发光检测仪 | 1800 |
| ６３ | 特定蛋白分析仪 | 1500 |
| ６４ | 糖化血红蛋白分析仪 | 1500 |
| ６５ | 生化免疫一体机 | 3500 |
| ６６ | 试剂卡孵育器 | 300 |
| ６７ | 干式荧光免疫分析仪 | 2000 |
| ６８ | 微孔板离心机 | 400 |
| ６９ | 磁共振成像系统MRI | 4000 |

注：1、上述报价均包含人工、差旅补贴、检测所需仪器及物品、快递等相关服务费用；

2、上述报价表内计量检定和校准均需符合国家相关标准及法规要求；

3、本项目公司报价为上表限价金额基础上统一下浮比例，不得出现多个下浮比例。

**四、采购方式：**院内比选

**五、合格比选申请人资格要求**

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、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6、与其他比选申请人供应商之间，单位负责人不为同一人而且不存在直接控股、管理关系；

7、法律、行政法规规定的其他条件：法定代表人/单位负责人授权委托书（法定代表人/单位负责人或自然人直接参与投标的除外）；具备中国合格评定国家认可委员会实验室认可证书（CNAS）；具备中华人民共和国法定计量检定机构计量授权证书；具备检验检测机构资质认定证书（CMA）。

**六、比选申请人资格证明文件**

1、具有独立承担民事责任的能力：提供营业执照。

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度：提供承诺函。

3、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力：提供承诺函。

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录：提供承诺函。

5、参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录：提供承诺函。

6、与其他比选申请人供应商之间，单位负责人不为同一人而且不存在直接控股、管理关系：提供承诺函。

7、法律、行政法规规定的其他条件：法定代表人/单位负责人授权委托书（法定代表人/单位负责人或自然人直接参与投标的除外）；具备中国合格评定国家认可委员会实验室认可证书（CNAS）；具备中华人民共和国法定计量检定机构计量授权证书；具备检验检测机构资质认定证书（CMA）。

**七、报名方式及截止时间**：请潜在比选人致电三台县人民医院采购办报名，报名电话：0816-5222252；报名时间：2024年4月16日至2024年4月18日08:00～12:00、14:30～18：00（北京时间，法定节假日除外）。

**八、响应文件递交截止时间**：2024年4月23日15时00分（北京时间）。

**九、递交响应文件地点、方式**：响应文件一式两份（一正一副，密封），资料需编缉目录及页码，正本和副本必须装订成册。以上文件每页均需加盖鲜章，正本和副本须封装在一个文件袋中。密封袋上应注明投标人名称、项目名称，密封袋的封口处应粘贴牢固，并加盖密封章，未加盖鲜章的资料视为无效，响应文件封面模板详见附件（所有资料及复印件清晰可辩，若资料模糊不清，视为无），逾期送达或密封和标注不符合采购文件规定的恕不接受。**递交地点：三台县人民医院行政楼二楼会议室，递交方式：现场递交。**

**十、比选时间**：2024年4月23日15时00分（北京时间）。

**十一、比选地点**：三台县人民医院行政楼二楼会议室（如有变动，另行通知）。

**十二、比选结果公告将在三台县人民医院官网以公告形式发布。**

**十三、项目咨询电话：杨老师13696265751（（咨询时间：法定工作日8:00-12：00 14:30-18:00）**

**第二章**

**比选项目技术、服务、及其他商务要求**

**一、技术服务要求**

1.▲检测项目、内容符合相应的国家标准；

2.▲供应商检测过程中所需要使用的检测仪器必须经过检定且在检定有效期内；

3.提供检测报告为一份纸质版本和一份电子版（纸质版扫描件）；

4.因医院主管部门审核报告不合格或者报告不满足国家相关标准要求，由供应商免费重新出具报告；

5.供应商对能覆盖的检测项目，并在响应文件中提 供检测项目的社会公用计量标准证书，项目,应配备专业技术人员5人以上；

6.供应商在提供某些特定强制检定计量器具服务时不得向受检方收取强制检定计量器具的检定费用；

7.供应商的检定工作应符合JJF1069《法定计量机构考核规范》、JJF1033《计量标准考核规范》及相关的计量检定规程；

8.▲如果计量设备的性能、指标未达到国家标准，经整改后，供应商免费进行第二次复检；

9.▲供应商保证检测过程和记录具备可追溯性,以备主管部门核查；

10.供应商所做检定和校准必须客观、真实、科学、规范、完整；

11.★需要离院检测和校准的计量器具，供应商需保证其完整性、完好性，造成损失的由供应商按照实际价值进行赔偿；

12.★电子血压计、动态血压、动态心电三种类别设备免费检测 。

**二、商务要求：**

1.检测项目、检测频次严格按照医院计划执行；

2.射线装置检测结束20个工作日内出具检测报告并送达医院；

3.采购人需进行检测的设备，可在采购人所在地进行检测的，接采购人通知后 48 小时内到现场进行检测；需外送其它地点(实验室)进行检测的，接到采购人通知后 24 小时内上门取件，并在检测完成后将设备送回采购人所在地，检测完成后 7个工作日内须出具符合国家相关规定的检测报告；

4.付款方式：实行银行转帐汇款，据实结算。服务满1年后，根据当年度实际设备检测数量，并收到公司正规发票后1个月内支付当年度的全部检测费用。

★注：商务要求和★条款为实质性要求，负偏离将导致响应文件无效。

**第三章 评标与定标**

本项目采取综合评分定标原则，按比选文件中规定的评标方法和标准，对未作无效投标处理的响应文件进行技术、服务、商务等方面评估，综合比较与评价，并进行综合评分，**符合资格供应商不足3家，不予评审**。

综合评分明细表：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分项目 | 分值 | 评分依据 | 备注 |
| 1 | 价格 | 20分 | 以本次符合要求的供应商报价下浮比例进行排序（要求公司报价为限价表所有项目限价金额统一下浮比例），以有效最大下浮比例作为评标基准价，投标人投标报价得分=（投标人下浮比例／评标基准价）×20。 | 保留小数点后两位，四舍五入）。 |
| 2 | 技术服务要求 | 38分 | 完全满足采购文件服务要求得38分，“★”条款（共计１项）为实质性相应条款，该条款为必须满足项，“▲”条款（共计4项）每有一项不满足扣5分，非“▲”条款（共计6项）每有一项不满足扣3分，扣完为止。 |  |
| 3 | 技术服务方案 | 25分 | 根据供应商提供的针对本项目的技术服务方案进行评分，内容包括：①计量检定和校准服务流程；②离院检测和校准价服务流程；③服务质量保障措施；④技术保障方案；应急方案，以上要素内容齐全得25分；每缺少一项内容的扣5分，方案内容前后矛盾或其他不足之处的，一项扣2.5分，扣完为止。 （其他不足之处是指：项目名称、实施地点、各种组织措施与项目要求不匹配、提供的方案与项目实施无关或不可能实现的夸大情形。 |  |
| 4 | 履约能力 | 17分 | 为检测技术服务配置专业技术人员≥3名得3分，专业技术人员≥6名得6分。人数不满足、未提供相关人员、未提供相关证明材料均不得分。 | 提供人员名单和人员在职证明（劳动合同或社保缴纳证明）。 |
| 检测工具：提供齐全的得4分，否则不得分。 | 提供相关技术服务需使用的专用计量检测工具列表及有资质计量服务单位提供的专用计量检测工具的有效检测报告复印件。 |
| 业绩证明：提供1个得1分，本项最多7分。 | 提供近三年内（2022年-至递交响应文件截止日）同类服务合同复印件，乙方必须为投标供应商。 |

**第四章 响应文件格式和要求**

**一、响应文件要求：响应文件需具有的资料(仅有但不限于) （一式两份，一正一副，封面注明设备名称，报价为一次性报价。）**

1、具有独立承担民事责任的能力：提供营业执照。

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度：提供承诺函。

3、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力：提供承诺函。

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录：提供承诺函。

5、参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录：提供承诺函。

6、与其他比选申请人供应商之间，单位负责人不为同一人而且不存在直接控股、管理关系：提供承诺函。

7、法律、行政法规规定的其他条件：法定代表人/单位负责人授权委托书（法定代表人/单位负责人或自然人直接参与投标的除外）；具备中国合格评定国家认可委员会实验室认可证书（CNAS）；具备中华人民共和国法定计量检定机构计量授权证书；具备检验检测机构资质认定证书（CMA）。

**二、响应文件格式**

1、本章所制响应文件格式，除格式中明确将该格式作为实质性要求的，一律不具有强制性，比选申请人应根据比选文件要求及实际情况进行填写。

2、本章所制响应文件格式有关表格中的备注栏，由比选申请人根据自身响应情况作解释性说明，不作为必填项。

3、本章所制响应文件格式中需要填写的相关内容事项，可能会与本比选项目无关，在不改变响应文件原义、不影响本项目比选需求的情况下，比选申请人可以不予填写，但应当注明。

**第一部分 “资格证明文件”格式**

**一、封面**

**（正本/副本）**

**项目**

**资格性响应文件**

**比选申请人名称：**

**时 间： 年 月 日**

**承诺函**

三台县人民医院：

我公司作为本次比选项目的比选申请人，根据比选文件要求，现郑重承诺如下：

（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）参加比选采购活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录；

（六）供应商及其现任法定代表人、主要负责人无行贿犯罪记录的承诺书。

（七）完全接受和满足本项目比选文件中规定的实质性要求，如对比选文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对比选文件有异议的同时又参加比选以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

（八）在参加本次比选采购活动中，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他比选申请人参与同一合同项下的比选采购活动的行为。

（九）比选申请人未对本次比选项目提供过整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。

（十）在参加本次比选采购活动中，不存在和其他比选申请人在同一合同项下的比选项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

（十一）响应文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交的法律责任。

比选申请人名称**（加盖公章）**：

法定代表人/单位负责人**（签字或加盖个人名章）**：

授权代表签字：

日 期： 年 月 日

**法定代表人身份证明**

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商单位名称） 的法定代表人。

特此证明。

供应商（盖章）：

日 期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件。

注：法定代表人亲自投标而不委托授权代理人投标适用。

**法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：我 （姓名 ） 系 （供应商） 的法定代表人，现授权委托 （单位名称） 的 （姓名） 为我公司代理人，以本公司的名义参加 （招标人） 的 （项目名称） 的投标活动。代理人在资格审查、开标、评标、合同磋商过程中以我单位的名义所签章的一切文件和处理与之有关的一切事物，我均予以承认。

代理人无权转让此授权委托书，特此委托。

供应商（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

附：（1）法定代表人身份证明原件和法定代表人身份证复印件。

（2）授权委托人身份证复印件。

注：法定代表人不亲自投标而委托授权代理人投标适用。

**其他资质、业绩等**

**第二部分 “其它响应文件”格式**

**一、封面**

**（正本/副本）**

**项目**

**其它响应文件**

**比选申请人名称：**

**时 间： 年 月 日**

**一、比选申请人基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 比选申请人名称 |  | | | | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 联系方式 | 联系人 | |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 传真 | |  | | | | 网址 | | |  | |
| 组织结构 |  | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | | 技术职称 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | | 技术职称 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 成立时间 |  | | | 员工总人数： | | | | | | | |
| 企业资质等级 |  | | | 其中 | | 项目经理 | | |  | | |
| 营业执照号 |  | | | 高级职称人员 | | |  | | |
| 注册资金 |  | | | 中级职称人员 | | |  | | |
| 开户银行 |  | | | 初级职称人员 | | |  | | |
| 账号 |  | | | 技工 | | |  | | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |

比选申请人名称**（加盖公章）**：

法定代表人/单位负责人**（签字或加盖个人名章）**：

日 期： 年 月 日

**二、技术、服务要求应答表**

项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **比选文件要求** | **响应文件响应** | **响应/偏离** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注意：1、比选申请人必须把比选文件第二章的技术要求逐条列入此表，未列入的视为负偏离。

2、比选申请人必须据实填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

比选申请人名称**（加盖公章）**：

法定代表人/单位负责人**（签字或加盖个人名章）**：

日 期： 年 月 日

**三、商务要求应答表**

项目名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **比选文件要求** | **响应文件响应** | **响应/偏离** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注意：1、比选申请人必须把比选文件第二章的商务要求逐条列入此表，未列入的视为负偏离。

2、比选申请人必须据实填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

比选申请人名称**（加盖公章）**：

法定代表人/单位负责人**（签字或加盖个人名章）**：

日 期： 年 月 日

**四、比选申请人本项目管理、技术、服务人员情况表**

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 职务 | 姓名 | 职称 | 常住地 | 资格证明（附复印件） | | | |
| 证书  名称 | 级别 | 证号 | 专业 |
| 管理  人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 技术  人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 售后服务人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

比选申请人名称**（加盖公章）**：

法定代表人/单位负责人**（签字或加盖个人名章）**：

日 期： 年 月 日

**响应（报价）函**

三台县人民医院：

1、我方全面研究了“ ”项目比选文件，决定参加贵单位组织的本项目比选采购。

2、我方自愿按照比选文件规定的各项要求向磋商人提供所需货物/服务。

3、一旦我方成交，我方将严格履行合同规定的责任和义务。

4、我方为本项目提交的响应文件正本 份，副本 份，用于比选报价。

5、我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与比选报价有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

6、本次比选，我方递交的响应文件有效期为比选文件规定起算之日起 天。

7、报价按比选文件最高限价整体下浮 %。

供应商（盖章）：

法定代表人/单位负责人（签字或盖章）：

联系电话：

日 期：年月日