**眉山市彭山区人民医院（眉山市第三人民医院）**

**医院放射设备年检项目询价公告**

眉山市彭山区人民医院拟对**医院放射设备年检项目**进行公开询价，兹邀请符合本次招标要求的供应商参加投标。

一、招标项目：**医院放射设备年检项目**

项目编号：彭人医采PRYC-2024-11号

二、项目地点：眉山市彭山区人民医院

三、招标形式：院内自行招标

四、招标方式：**询价（一次报价）**

五、资金来源：自筹

六、项目最高限价：21600元，

七、项目内容

1.采购内容：9台放射设备年检。（医用诊断x射线机-多功能动态DR DRF-2A、数字化医用X射线摄影系统DRX-COMPASSS、X射线计算机体层摄影设备Optima CT680、移动式G型臂X射线成像系统 DigiArc100Ac、高频移动式手术X线机-C臂 PLX112B、医用血管照影X射线机-DSA Optima IGS 330、口腔锥形计算机体层摄影设备 SMART30-XS、牙科X射线机 BRT-A 10059T、电子计算机X射线断层扫描设备 SOMATOM go up。）

2、工期：20天

七、投标人资格条件

1．具有独立法人资格，具有有效营业执照；

**2. 具有放射卫生技术服务机构资质证书、检验检测机构资质认定证书，检测人员、检验检测能力范围符合相关国家标准。**

**八、**询价公示和截止时间: **询价公示时间：**2024年4月11日-2024年4月15日，**询价递交截止时间**：2024年4月16日10:00时整。

**九、响应文件的提交：**

1、**响应文件**要求1份（一正）。

 2、投标人应在密封袋上标明：招标项目名称、投标单位名称、“2024年4月16日10:00时前禁止开启”字样。

3、所有响应文件的密封袋（包括内层、外层）封口处均应加盖投标单位公章。

**4、投标文件组成：**

(1)有效的“营业执照”（复印件）

(2) 法人代表授权书或法人证明书（原件）

(3) 法人身份证、被授权代表身份证（复印件）

(4) 投标人资质证明文件（复印件）

(5)报价清单（详见附表）

(6)近三年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（详见附表）

(7)其他资格条件要求（格式自拟）

**以上内容均要加盖鲜章、除签名外其余文字资料不得手写，否则视为未响应询价文件。**

十、响应文件必须在投标截止时间前**快递**至眉山市彭山区人民医院采供办**（以接收时间为准）**。逾期送达或密封和标注不符合招标文件规定的投标文件恕不接受。

十. 开标地点：眉山市彭山区人民医院。（**项目截止时间后，在医院纪检部门监督下开启响应文件**）

招标执行部门联系方式

联系电话：028-37613326 联系人：庞老师、曾老师

眉山市彭山区人民医院（眉山市第三人民医院）

 2024年4月10日

**法定代表人授权书**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

授权声明：（投标人名称）（法定代表人姓名、职务）授权（被授权人姓名、职务）为我方 “”（招标编号： ）投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

投标人名称（盖章）：

投标日期：

**注：（1）法定代表人不参与投标而委托代理人投标适用。**

**（2）附法定代表人、委托代理人身份证复印件加盖投标人公章**。

**近三年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明**

致：

本公司（公司名称）参加（项目名称）的投标活动，现承诺我公司在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及行贿犯罪等犯罪记录；无与本招标项目其他供应商存在单位负责人为同一人或存在直接控股、管理关系的情形。

 如违反以上承诺，本公司愿承担一切法律责任。

投标人名称（盖章）：

法定代表人或其委托代理人（签字）：

投标日期：

1. **报价清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务（设备）名称 | 工期 | 检查人员 | 单位 | 数量 | 单价 | 备注 |
| 1 |  |  |  | 项 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | （元） |
| 投标人名称（盖章）： 法定代表人或其委托代理人（签字）：投标日期： |

注：可按项目整体填写或按设备名称填写。