**询价文件**

采购项目：重庆市第七人民医院检验耗材采购

采购人：重庆市第七人民医院

2017年10月9日

**目录**

1. [**邀请书**](#page4)
2. **询价项目内容**
3. **资金来源**
4. **谈判资格**
5. **投标文件递交及截止时间**
6. **投标文件的密封与标记**
7. **谈判有关说明**
8. **投标文件（格式）**
9. **联系方式**

一、询价邀请书

为了满足我院医疗、教学、科研需要，推动医院检验专业内涵建设，确保医院各项医疗业务的正常开展，现拟对检验科下列设备的相关试剂进行院内询价采购，特邀请有相关产品合格资质和守法诚信的代理商前来投档。

二、项目内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 采购预算 | 采购年限 | 备注 |
| 检验试剂 | 5000万-8000万 | 5年 |  |

鉴于本次询价试剂种类较多，进过院方多方论证，特将本次试剂分为三个包进行询价，请按照我院指定设备品牌进行试剂报价。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 包1设备名称 | 包2设备名称 | 包3设备名称 |
| 1 | 全自动生化分析仪 | 五分类血细胞分析仪流水线（另同品牌五分类单机） | 全自动化学发光仪 |
| 2 | 全自动糖化血红蛋白分析仪 | 全自动尿液分析流水线 | 全自动血型分析系统 |
| 3 | 全自动血沉仪 | 全自动血流变仪 | 血栓弹力图 |
| 4 | 过敏原分析仪 | 全自动化学发光仪（用于开展自身免疫、肝纤等项目）  | 全自动染色仪 |
| 5 |  | 全自动微量元素分析仪 | 分子诊断实验室设备（全套） |
| 6 |  | 全自动细菌分离培养系统 | 微生物+药敏 |
| 7 |  | 全自动大便分析仪 | 全自动阴道微生态评价系统 |

三、资金来源

自筹资金

四、供应商资格

供应商是指向采购人提供货物、工程或者服务的法人、其他组织或者自然人，以下简称供应商。合格的供应商应首先符合政府采购法第二十二条规定的基本条件，同时符合根据该项目特殊要求设置的特定资格条件。

（一）一般资格条件

1、具有独立承担民亊责任的能力；

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、具有履行合同所必需的设备和与业技术能力；

4、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记彔；

5、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；

6、法律、行政法规规定的其他条件。

（二）特定资格条件

1、具有独立的法人资格，有工商营业执照，税务登记证（国税、地税）、法人代码证明书、法人身份证明或法人代表授权委托书（该资质以原件或复印件加盖鲜章验照）。

2、复印件加盖鲜章为投标书有效内容。

3、投标投档人应遵守有关的国家法律、法令和条例。无论投标结果如何，投档人自行承担所有与参加投标有关的全部费用。

五、投标文件递交及截止时间

2017年10月17日，北京时间15：00前

地点：重庆市第七人民医院医学装备科

投标文件正本一份，副本贰份。正本和副本的封面上应清楚地标记“正本”或“副本”的字样。当副本和正本不一致时，以正本为准；

六、投标文件的密封与标记

投标文件的正本和副本应分别包装，加贴封条，并在封套的封口处加盖投标人单位章。

封套袋上应写明如下内容：采购人名称： 、投标人名称： 、项目名称： 、ΧΧΧΧ年ΧΧ月ΧΧ日ΧΧ时ΧΧ分前不得开启。

七、其他说明

法定代表人为同一个人的两个及两个以上法人，母公司、全资子公司及其控股公司，都不得在同一分包的货物采购中同时参与询价，否则均为无效。

八、投标文件（格式）

（一）经济部分

1、报价函

2、细报价表

3、其它优惠承诺

（二）资格条件及其他

1、一般资格条件：

（1）法人营业执照副本复印件；

（2）税务登记证副本复印件；

（3）法定代表身份证明书

（4）法定代表人授权委托书（若法定代表人本人参加的不需提供）

（5）诚信声明

2、特定资格条件证明材料复印件

3、其他应提供的资料

经济部分

（一）报价函

|  |
| --- |
| 竞争性谈判报价函-包1 |
| 序号 | 设备要求 | 设备品牌 | 型号 | 数量 | 试剂品牌 | 试剂价格（综合成本占比） |
| 1 | 全自动生化分析仪 | 贝克曼　 | AU5811 | 　1 | 长征 | 综合成本占比 %以内 |
| 2 | 全自动糖化血红蛋白分析仪 | 上海华臣 | MQ6000 | 　1 | 配套 | 综合成本占比 %以内 |
| 3 | 全自动血沉仪 | 亚辉龙 | VISION-C | 　1 | 配套 | 综合成本占比 %以内 |
| 4 | 过敏原分析仪 | 洹艺 | BA-G2000 | 　1 | 配套 | 综合成本占比 %以内 |
| 注：1、请供应商完整填写本表。2、该表可扩展，并逐页签字或盖章。供应商名称（公章）：年 月 日报价函-包2 |
| 序号 | 设备要求 | 设备品牌 | 型号 | 数量 | 试剂品牌 | 试剂价格 |
| 1 | 五分类血细胞分析仪流水线和单机 | 迈瑞/希森美康 | 院方要求 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 2 | 全自动尿液分析流水线 | 爱威 | AVE 766AVE 752 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 3 | 全自动血流变仪 | 赛科希德 | SA-7000 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 4 | 全自动化学发光仪  | 亚辉龙 | Iiflash-3000 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 5 | 全自动微量元素分析仪 | 博晖 | 　BH-5300S | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 6 | 全自动细菌分离培养系统 | ProbactSystem | 　 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 7 | 全自动大便分析仪 | 　爱威 | AVE-562 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 注：1、请供应商完整填写本表。2、该表可扩展，并逐页签字或盖章。供应商名称（公章）：年 月 日报价函-包3 |
| 序号 | 设备要求 | 设备品牌 | 型号 | 数量 | 试剂品牌 | 试剂价格 |
| 1 | 进口全自动化学发光仪 | 贝克曼、罗氏 | i800、e411 | 各1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 2 | 全自动血型分析系统 | 戴安娜 | WADiada　 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 3 | 血栓弹力图 | TEG | 　 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 4 | 全自动染色仪 | 迪尔　 | 　 | 　2 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 5 | 分子诊断实验室设备（全套） | ABI | 　 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 6 | 微生物鉴定+药敏系统 | 梅里埃 | 　 | 　1 | 　 | 综合成本占比 %以内 |
| 7 | 全自动阴道微生态评价系统 |  |  | 1 |  | 综合成本占比 %以内 |

注：

1、请供应商完整填写本表。

2、该表可扩展，并逐页签字或盖章。

供应商名称（公章）：

年 月 日

（二）明细报价表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配套设备： |  |  |  |  |  |  |
| 序号 | 试剂名称 | 品牌 | 制造商名称 | 包装规格 | 药交所成交均价/盒 | 投标价/盒 | 投标价/测试 | 收费标准/测试 | 成占比/测试 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 13 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 14 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 15 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 16 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 17 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 18 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 19 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 综合成本： | 　 |

注：

1、请供应商完整填写本表。

2、该表可扩展，并逐页签字或盖章。

供应商名称（公章）：

年 月 日

（三）其他优惠承诺

如：交货期、交货地点、服务条款、校准质控等（格式自定）

九、联系方式
重庆市第七人民医院医学装备科

联系人：王富玉
电话：023-62859576