**关于温州医科大学附属第二医院体重秤、冰箱、医用低温保存箱、血液保存箱等专业设备计量检测服务购置的采购公告**

1. **项目名称：**体重秤、冰箱、医用低温保存箱、血液保存箱等计量检测服务。
2. **项目编号：**YGC-FW25003
3. **项目概况及要求：**
4. 采购方式为比价采购。
5. 计量检测服务内容如下表。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 年检查台次 | 年限 | 检测项目 | 检测方式 | 备注 |
| 1 | 体重秤 | 170 | 1年 | 质量等项目 | 到医院各院区设备所在科室现场开展计量检测。 |  |
| 2 | 冰箱 | 55 | 1年 | 温度等项目 |  |
| 3 | 医用低温保存箱（超低温） | 20 | 1年 | 温度等项目 |  |
| 4 | 血液保存箱/药品阴凉柜/干式恒温器/电热恒温鼓风干燥箱/血浆解冻仪/融浆机血/小板震荡仪等 | 18 | 1年 | 温度等项目 |  |
| 5 | 恒温箱/恒温温水箱等 | 15 | 1年 | 温度等项目 |  |
| 6 | 隔水式恒温培养箱等 | 15 | 1年 | 温度等项目 |  |
| 7 | 电热恒温水槽/恒温金属浴/水浴箱/水温箱等 | 15 | 1年 | 温度等项目 |  |
| 8 | 电子天平 | 10 | 1年 | 质量等项目 |  |
| 9 | 立式压力蒸汽灭菌器 | 10 | 1年 | 温度、压力等项目 |  |
| 10 | 显微镜 | 7 | 1年 | 放大倍数等项目 |  |
| 11 | 超纯水电导测定仪 | 3 | 1年 | 电导率等项目 |  |
| 12 | 数显混匀器 | 3 | 1年 | 转速等项目 |  |
| 13 | 可见分光光度计 | 2 | 1年 | 波长、透射比 |  |
| 14 | 全自动酶免疫 | 2 | 1年 | 吸光度、示值误差、重复性等项目 |  |

1. 本项目最高限价5.0万元。
2. 根据院方工作需要，分批分期开展计量检测，供应商接到院方计量检测分批次的需求通知后，10个日历日内完成每批次设备的计量检测。
3. 在上述专业设备数量范围内，分批分期开展计量检测，并以实际开展计量检测情况为准结算，供应商出具计量检测证书后，分批分期结算支付相应合同款。
4. 合同到期或以上数量的专业设备全部检测完成，则该项目完结。
5. 具备完成上述第二点计量检测服务内容的能力，具备完成上述所有检测项目的资质。
6. 2024年1月1日起，为浙江省内不少于5家的三甲医院提供设备检测服务。
7. **供应商资格要求：**
8. 符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条对供应商主体的规定。
9. 具备中国合格评定国家认可委员会（CNAS）的实验室认可或检验检测机构资质认定（CMA）、计量校准机构备案或计量授权等资质。
10. 本项目不接受联合体。
11. **供应商报价要求：**本次报价须为人民币报价，包含计量检测所需人工费、保险费、计量检测设备使用费、税费等所需的全部费用。
12. **供应商报名时间及地点等：**
13. 起止时间：2025年7月21日起至2025年7月25日16:30止。
14. 报名资料：详见附件
15. 资料递交地点：温州市龙湾区瑶溪镇曹龙路1111号温州医科大学附属第二医院龙湾院区行政北楼9楼904室 医学工程与装备处办公室。
16. 联系人：戴择波；联系电话：13958808413。
17. 本项目支持现场报名或邮寄方式报名。

正本/副本

项目名称：

项目编号：

采购文件

供应商： （盖单位公章）

采购文件签署人： （签字或盖章）

日期： 年 月 日

目录

一、资格证明文件：

1）具有独立承担民事责任的能力的证明材料；

出具符合以下情况的证明材料复印件（五选一）：

A. 如供应商是企业（包括合伙企业），提供在工商部门注册的有效“企业法人营业执照”或“营业执照”；

B. 如供应商是事业单位，提供有效的“事业单位法人证书”；

C. 如供应商是非企业专业服务机构的，提供执业许可证等证明文件；

D. 如供应商是个体工商户，提供有效的“个体工商户营业执照”；

E. 如供应商是自然人，提供有效的自然人身份证明（居民身份证正反面或公安机关出具的临时居民身份证正反面或港澳台胞证或护照）。

2）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料：

（1）出具供应商近三年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（格式参考附件）；

（2）法定代表人授权委托书（法定代表人签署不需提供此书）；

（3）法定代表人及授权代表身份证正反面复印件；

（4）项目负责人和项目组成员情况，提供人员职称证书复印件；

（5）专业设施设备配置清单，提供仪器设备的有效检定证书等相关证明文件；

（6）中国合格评定国家认可委员会（CNAS）的实验室认可有效证书或检验检测机构资质认定证书（CMA）、计量校准机构备案证书或计量授权证书等资质文件，含计量检测能力范围清单资质附件；

（7）2024年1月1日（以签订合同时间为准）起，浙江省内三甲医院设备检测服务业绩，需提供合同复印件并加盖公章；

（8）提供生物安全柜、超净（净化）工作台、离心机、二氧化碳培养箱检测证书样本，每种设备至少一份，包含所有检测项目信息。

（9）供应商认为有必要提供的其他文件。

1. 报价文件，格式参考附件。

**附件1：承诺函**

出具供应商近三年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（格式参考）。

|  |
| --- |
| 供应商近三年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（格式参考）；  **承诺函**  （采购单位）：  我方（供应商）在参加采购活动前三年内，具有良好的商业信誉，依法缴纳税收和社会保障资金，未被列入失信被执行人名单、重大税收违法案件当事人名单、采购严重违法失信行为记录名单，在经营活动中没有重大违法记录（没有因违法经营受到刑事处罚，没有被责令停产停业、被吊销许可证或者执照、被处以较大数额罚款等行政处罚，没有因违法经营被禁止参加采购活动的期限未满情形）。如有虚假，采购人可取消我方任何资格（投标/中标/签订合同），我方对此无任何异议。  特此承诺！  供应商全称（盖单位公章）：  采购文件签署人（签字或盖章）：  日期： 年 月 日 |

## 附件2：法定代表人资格证明书

**法定代表人资格证明书**

供应商名称：

法定地址：

姓名：

性别：

年龄：

职务：

身份证号码：

该同志系公司法定代表人。

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 |

## 附件3：法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

致： \_（采购单位）：

我 \_（姓名）系 \_\_（供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 （姓名）以我方的名义参加 （采购单位，项目名称，项目编号） 项目的采购活动，并代表我方全权办理针对上述项目的投标、开标、评标、签约等具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职 务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件 |  | 被授权人身份证复印件 |

**附件4：报价表**

**价格组成明细表**

项目名称：

项目编号：

价格单位：元人民币

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | | 年检测数量 | 检测项目 | 单价 | 总价 | 备注 |
| 1 | 生物安全柜或超净（净化）工作台 | | 100 |  |  |  |  |
| 2 | 离心机 | | 100 |  |  |  | 具备开展机盖未设置通光孔离心机的计量检测能力 |
| 3 | 二氧化碳培养箱 | | 20 |  |  |  |  |
| 总价： | |  | | | | | |

表格可扩展。

供应商全称（盖单位公章）：

采购文件签署人（签字或盖章）：

日期： 年 月 日