绵阳市中心医院

比 选 文 件

项目名称：齿科抛光膏

项目编号：MYCH比选（2023）103号

绵阳市中心医院采购科

2023年9月

各供应商：

绵阳市中心医院拟对齿科抛光膏进行比选采购，欢迎能提供本次耗材的供应商参与比选采购活动。

1. 采购项目内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 包号 | 使用科室 | 耗材名称 |
| 1 | 口腔科 | 齿科抛光膏 |
| 2 | 口腔科 | 牙线 |

二、 比选要求

（一）供应商资格条件要求

（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）具有履行合同所必须的设备和专业技术能力

（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录

（5）供应商参加本次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）本项目参加政府采购活动的投标人、法定代表人(非法人负责人、自然人本人)在前3年内不得具有行贿犯罪记录

（7）法律、行政法规规定的其他条件。

1. 技术或服务要求

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 包号 | 使用科室 | 耗材名称 | 产品用途及技术参数 | 商务要求 |
| 1 | 口腔科 | 齿科抛光膏 | 用于牙齿的清洁和抛光。 | 1、在《四川省药械集中采购及医药价格监管平台》价格联动挂网专区挂网的产品优先；2、可计费材料医保码在四川省医保局可查询；3、提供样品。 |
| 2 | 口腔科 | 牙线 | 用于清洁牙缝残留的牙菌斑，预防龋齿，辅助检查蛀牙，口腔保健；可不作为医疗器械。 | 1、在《四川省药械集中采购及医药价格监管平台》价格联动挂网专区挂网的产品优先；2、可计费材料医保码在四川省医保局可查询；3、提供样品。 |

（三）商务要求

一、采购方式及要求：以采购方发送的《采购计划通知单》为准。

二、物资标准、质量要求

1、供应商确保给采购方提供的所有物资均为生产厂家原装合格物资，授权经营的产品均须出具授权资质，并与在院使用产品信息一致。否则由此产生的一切责任一律由供应商承担。

2、物资必须符合中华人民共和国医疗器械注册证所确定的执行标准，质量应符合国家标准、主管部门标准、行业标准以及国家认定的质检部门及生产厂商的质量要求。供应商承担所提供物资（含试用物资）的全部质量责任。

三、配送方式、到货地点、物资交货时间及到货验收

1、[采购方物资调配与供应中心通过电子邮件（邮箱地址：myzxyycgk@163.com）向供应商指定](mailto:甲方采购供应科通过电子邮件向乙方指定1040993094@qq.com%20)邮箱发送《绵阳市中心医院采购计划通知单》或电话通知供应商供货。供应商不得接收除采购方物资调配与供应中心以外其他科室及人员的供货通知；所有物资须经采购方物资调配与供应中心进行验收，并在送货单上签字确认，方可送至科室使用。

如供应商未按以上要求送达医院的物资，采购方将拒收并拒付货款。

1. 到货地点：绵阳市中心医院“材料库房”。

3、物资交货时间及到货验收：供应商为省内供应商的，接采购方购货通知（采购计划通知单/电话通知）后三个工作日内到货；供应商为省外供应商的，接采购方购货通知（采购计划通知单/电话通知）五个工作日内到货。

四、货款结算方式及期限：采购方收到供应商物资并验收合格且供应商出具发票和完善所有付款手续后的第三个月，采购方向供应商支付货款。付款方式为银行转账。

三、响应文件内容

1、响应文件封面。

2、提供有效的《营业执照》、《税务登记证》、《组织机构代码证》或三证合一的《营业执照》。

3、法人的授权书、法人和授权代表身份证复印件。

4、报价函。

5、医疗器械注册证/备案信息。

6、生产厂家/上级代理商的证件，包括营业执照、开户许可证、医疗器械（生产/经营）企业许可证/备案凭证。

7、产品的使用说明书、标签图片、实物图片、产品的合格证明文件（第三方检验报告、进口产品报关资料）

8、提供国内在用用户名单（可提供发票、合同、送货单等佐证资料）

注：1.此文件中没有模板的条项，格式请供应商自拟。

2.每一页都需要加盖公章。

四、注意事项

有以下情形之一的，按无效投标处理：

1、 响应文件组成内容不齐或相关证件证书资料过期。

2、 响应文件提供虚假材料谋求成交的；

3、 不按照要求发送响应文件邮件的；

4、 不按时按要求参加比选活动的。

5、 在比选活动现场不听从安排，扰乱比选活动的。

**五**、比选时间、地点

1、 比选时间：另行通知

2、 比选文件递交地点：绵阳市中心医院采购科邮箱：1477810754@qq.com

3、 比选地点：另行通知

六、联系方式

1、项目咨询：孙老师  0816-2965392

2、报名咨询：母老师 15182305417

3、监督电话：杨老师 0816-2237353

4、地址：绵阳市中心医院综合楼309室

**比选响应文件**

**项目编号：**

**项目名称：**

**项目包号：**

# 

**授权代表：**

**手机号码：**

**邮箱号码：**

**供应商全称： （盖章）**

**二〇二三年 月 日**

绵阳市中心医院报价单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件：** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **报价单** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **报价单位(盖章): 经办人(签字)： 联系电话: 电子邮箱： 日期:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承诺：1.凡挂网产品，一律不高于《四川省药械集中采购及医药价格监管平台》公示的最低价执行；2.本公司承诺以下报价产品信息准确无误，因信息错误引发的后果我公司自行承担。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **产品通用名称** | **产品注册证名称** | **注册证号** | **生产厂家** | **进口产品国内代理人** | **投标供应商名称** | **供货周期（天）** | **规格型号** | **计价 单位** | **包装规格 （试剂检测人份数）** | **单价（元）** | **储存条件** | **是否设备专配** | **备注** | **商品代码** | **产品ID** | **国家医保代码** |
|
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

比选单位： (公章)

法定代表人或授权代表： (签名) 年 月 日

法定代表人身份证明

比选单位名称：

单位性质：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 职务：

系 的法定代表人。

特此证明。

比选单位： (盖单位公章)

年 月 日

法定代表人授权委托书

本授权书声明：

我 (姓名)系 (供应商名称) 的法定代表人，现授权我单位的 (姓名) 为我公司授权代理人，以本公司的名义参加 项目公开比选活动。授权代理人在本次公开比选过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

授权代理人： 性 别：

单 位 ： 部 门：

职 务： 电 话：

授权代理人无转让权，特此授权。

供应商： (盖章)

法定代表人： (签字或盖章)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件 |  | 授权代理人身份证复印件 |
|  |

**技术、服务响应表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务/产品名称（如涉及） | 比选文件要求 | 投标响应 | 服务和产品（如涉及）工作环境条件 | 相应证明材料 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：1、供应商必须把磋商文件的全部服务要求列入此表，按顺序逐项对照填写。备注中可注明正、负或无偏离。

2、供应商应根据磋商文件中的服务指标、服务要求，逐项、详细、真实的填写应尽可能提供相应证明材料。投标产品（如涉及）的品牌、型号、配置、本身的详细的技术指标和参数，应尽可能提供相应证明材料予以佐证。

3、供应商必须据实填写，不得虚假响应，否则将取消其投标或成交资格，并按有关规定进行处罚。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

## **第三部分 商务**

**商务应答表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 采购要求 | 投标应答 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

注：供应商必须据实填写（备注中可注明正、负或无偏离），不得虚假响应，否则将取消其投标或成交资格，并按有关规定进行处罚。未按要求填写并在响应文件中无资料应证影响评比的责任自负。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

**商业信誉承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有良好的商业信誉。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本承诺书。

**健全在财务会计制度承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有健全的财务会计制度。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本承诺书。

**具有履行合同所必须的设备和专业技术能力的承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）具有参加本次采购活动，履行采购合同所必须的设备和专业技术能力。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，由投标的全权代表方做出承诺。

**具有依法缴纳税收和社会保障资金良好记录的承诺书**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，能够提供证明材料的联合体方应按招标文件要求提供，对提供证明材料困难的其他联合体方应作出此承诺。

**没有重大违法记录的书面声明**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）郑重声明：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录（即因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚的行为）。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：1. 参照《四川省财政厅关于印发〈关于贯彻落实<中华人民共和国政府采购法实施条例>的若干规定〉的通知》（川财采[2015]37号）的规定，采购项目所属行业行政主管部门对较大数额罚款金额标准未明文规定的，应当以四川省人民政府规定的行政处罚罚款听证标准金额为准（《四川省行政处罚听证程序暂行规定》第三条：“本规定所称较大数额的罚款，是指对非经营活动中违法行为处以1000元以上，对经营活动中的违法行为处以20000元以上罚款”）。

2.若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本声明。

制造商家或代理商授权书（如涉及）

绵阳市中心医院：

（制造商家或代理商名称）是在 .（国名）依法登记注册的，其厂址现在。

（被授权公司名称）是在.

（国名）依法登记注册的，其主要营业地点现在。

（制造商家或代理商名称）授权 （被授权公司名称）为我方制造或代理的品牌产品的合法销售商（授权销售的产品可附清单），全权处理与该产品投标的有关事宜，并对我方具有约束力。

作为制造商或代理商，我方承诺，为本次招标提供的货物为原厂制造、合法渠道供应的全新产品。我方保证以投标合作者来约束自己，并对该投标共同承担和分别承担招标文件中所规定的义务。

授权期限：

授权单位名称：（盖公章）

日期：

注：1、供应商也可提供制造商家或代理商自有的授权格式文件，但授权文件中必须明确：制造商或代理商和被授权单位的名称及登记注册地、参加投标的授权销售产品、授权日期、授权单位的公章。制造厂家可以是派出机构。若由代理商授权的，须同时提供制造厂家授权代理商的授权文件复印件。

2、制造商家或代理商授权书根据采购项目要求提供，没有要求的不需要提供。

**无行贿犯罪记录的承诺函**

绵阳市中心医院：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内公司及法定代表人（非法人负责人、自然人本人）在前3年内无行贿犯罪记录。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**诚信行为声明函**

绵阳市中心医院：

本公司作为“ （项目名称） ” 编号： 采购项目的供应商，郑重声明：

1、在参与本次同一合同项下的采购活动中，不存在与其他供应商的单位负责人为同一人或者与其他供应商存在直接控股、管理关系的情形；

2、在参加本次采购活动前，未被纳入法院、市场监管部门、税务部门、银行认定的失信名单内；

3、在参加本次采购活动前三年内的采购合同履约过程中及其他经营活动履约过程中，无未依法履约被有关部门处罚（处理）的行为；

4、在参加采购活动前一年内无《四川省政府采购当事人诚信管理办法》第八条之规定的失信行为。

本公司对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

供应商名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**供应商廉政承诺书**

本企业参与“项目名称 ”编号：项目的投标，现郑重承诺：

一、不以任何方式向项目招标采购人员、审批人员、监管及行业主管人员以及评标专家等行贿。

二、不以任何方式托人打招呼、求关照，搞利益结盟，腐蚀党和国家机关工作人员。

以上承诺如有违反，请严肃处理，欢迎监督举报！

供应商名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

供应商基本情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | 邮政编码 |  | | |
| 联系方式 | 联系人 |  | | 电话 | |  | | |
| 传真 |  | | 网址 | |  | | |
| 组织结构 |  | | | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | | 电话 | |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | | 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 |  | | | | | | | |

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日