院 内 采 购

**需求调查文件**

项目名称：石棉县中医医院灾后加固项目康复类设备需求调查

项目编号：SYLZ-202315

石棉县公立医院集团采购办

2023年11月

地址：石棉县新棉镇人民路11号 邮编：625400

联系电话：0835-8858599 传真电话：0835-8858757

邮箱：[603171752@qq.com](mailto:603171752@qq.com)

目 录

[需求调查会邀请函 - 3 -](#_Toc105399667)

[第二章 需求文件 - 4 -](#_Toc105399668)

[第三章 需求人须知 - 6 -](#_Toc105399669)

[一、需求纪律 - 6 -](#_Toc105399670)

[二、需求文件 - 6 -](#_Toc105399671)

[三、需求文件 - 6 -](#_Toc105399672)

[四、报名及需求须知 - 7 -](#_Toc105399673)

[五、开标须知 - 7 -](#_Toc105399674)

[六、签订及履行合同和验收 - 8 -](#_Toc105399675)

[七、其他须知 - 8 -](#_Toc105399676)

[第四章、需求文件部分格式 - 9 -](#_Toc105399677)

[一、需求函 - 9 -](#_Toc105399678)

[二、法定代表人授权书 - 10 -](#_Toc105399679)

[三、需求人基本情况表 - 11 -](#_Toc105399680)

[四、开标一览表 - 12 -](#_Toc105399681)

[五、需求人类似项目业绩一览表 - 13 -](#_Toc105399682)

[六、商务和服务应答承诺 - 14 -](#_Toc105399683)

1. 需求调查会邀请函

各意向供应商：

石棉县公立医院集团采购办公室受设备科委托，拟对石棉县中医医院灾后加固项目康复类设备采购进行需求调查，兹邀请符合本次需求调查要求的供应商参加（注：参加本次需求调查的供应商不得参加正式采购投标）。

**一、项目编号：**SYLZ-202315

**二、项目名称：**石棉县中医医院灾后加固项目康复类设备采购需求调查

**三、资金来源：**财政资金

**四、项目简介：**该项目为石棉县公立医院集团石棉县中医医院灾后加固项目，配置康复类设备一批，主要用于康复医疗服务，项目最高限价195万元。

**五、方式：**院内需求调查

**六、供应商参加本次需求活动必须具备下列条件（三年内有重大违法记录及不良行为记录的不得参与我院活动）：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材 料 名 称** | **份数** | **要 求** |
| 1 | 具有有效期内的营业执照，具备医疗器械经营许可证含资质6826（6826物理治疗及康复设备备Ⅱ、III） | 1份 | 原件或加盖公司印章的复印件 |
| 2 | 专业条件：如投标产品属于《医疗器械监督管理条例》中有强制性要求的，供应商应提供相关有效的医疗器械生产或经营企业许可证或备案证明文件，同时提供产品注册证（含登记表）。 | 1份 | 原件或加盖公司印章的复印件 |
| 3 | 开具的参加采购活动前3年内在经营活动中没有违法记录的书面声明（附“信用中国”截图） | 1份 | 原件或加盖公司印章的复印件 |
| 4 | 近半年内任意一个月依法缴纳税收和社会保障资金的相关材料 | 1份 | 原件或加盖公司印章的复印件 |
| 5 | 法人授权委托书 | 1份 | 原件。如为法人本人参加则不需提供。 |
| 6 | 法人身份证复印件 | 1份 | 加盖公司印章的复印件 |
| 7 | 经办人身份证复印件 | 1份 | 加盖公司印章的复印件 |

**备注：报名时备注报名的项目名称，公司名字，联系人、联系方式。**

**六、文件获取方式：**

可通过以下方式免费获得需求文件：

1. 电话致电石棉县公立医院集团采购办获取；
2. 登录石棉县公人民医院网站：[www.smxrmyy.com](http://www.smxrmyy.com)，在首页“招标公告”目录中下载；
3. 或医院办公QQ号:603171752，在QQ空间/日志中下载。

**七、联系方式：**

1、石棉县公立医院集团采购办公室：

联系人：王女士 联系电话：0835-8858599； 传真：0835-8858757

邮编：625400 邮箱：[603171752@qq.com](mailto:603171752@qq.com)

地址：石棉县人民路11号（石棉县公立医院集团综合楼5楼，院办）

2、项目联系人及联系电话：

联系人：0835-8858966（王女士）

2023年11月

1. 需求文件

**一、项目名称**：石棉县中医医院灾后加固项目康复类设备采购需求调查

**二、需求调查内容：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 预算单价（万元） | 预算（万元） | 需求 |
| 1 | 肢体康复训练工作站 | 1套 | 16 | 16 | 用于康复使用，配备单独座椅 |
| 2 | 毫米波治疗仪 | 2台 | 6 | 12 | 和儿童肺炎，单独配送易损耗支架。 |
| 3 | 微波治疗仪 | 3台 | 4 | 12 | 适用于疼痛治疗和外伤治疗康复，单独配送易损耗支架 |
| 4 | 平衡评定及训练系统 | 1套 | 15 | 15 | 适用于平衡功能障碍的患者康复，可以评定打印出报告及可以训练，自带打印机 |
| 5 | 聚焦超声波 | 1台 | 22 | 22 | 用于各种疼痛治疗，双探头，带推车。 |
| 6 | 偏振光治疗仪 | 1台 | 15 | 15 | 软组织损伤治疗，双治疗头 |
| 7 | 中频治疗仪器 | 4台 | 0.25 | 1 | 可移动式，双通道2台，4通道2台，单独配送中频输出线4套 |
| 8 | 低频脉冲治疗仪（电针仪） | 15台 | 0.06 | 0.9 |  |
| 9 | 便携式低频 | 4台 | 2.5 | 10 | 规格：小巧易携带，输出要求四通道，输出大小0-99可调， 可接硅胶电极片或无电极片耗材 |
| 10 | 骨伤愈合治疗仪 | 1台 | 6 | 6 | 自带移动推车，用于外伤患者 |
| 11 | 言语评定及治疗系统 | 1套 | 14 | 14 | 用于言语功能障碍患者康复，配备训练座椅及打印机 |
| 12 | 红外线理疗灯 | 15台 | 0.04 | 0.6 | 换红外线灯泡使用，并多配送相等台数红线线灯泡，用于疼痛患者加热治疗 |
| 13 | 电动起立床训练仪 | 1台 | 3 | 3 | 运动功能障碍患者使用，可移动床旁 |
| 14 | 震动训练器 | 1台 | 10 | 10 | 运动功能障碍患者使用 |
| 15 | 四肢联动全身康复训练系统 | 1套 | 15 | 15 | 神经康复患者使用，单独配送易损耗绑带 |
| 16 | 高能激光 | 1台 | 6 | 6 | 带非手持探头，对组织的穿透达：5-10cm.输出模式分：连续和脉冲两种。 |
| 17 | 运动、儿童认知训练工具套装 | 1 | 1.5 | 1.5 | 运动训练包含：ot综合训练台、股四头肌训练板，滚桶。儿童认知训练包含：梯背椅、PT凳（5只脚）、认知障碍卡片及教具、配对拼版、积木、串珠、蘑菇钉、安全训练教具、语言训练卡片（发音矫正）、厨房过家家等 |
| 18 | 悬吊训练系统 | 1套 | 10 | 10 | 用于神经康复、疼痛，成人版 |
| 19 | 上下肢主被动康复训练器 | 1台 | 1 | 1 | 有：负荷调节，阻力系统，自定义处方设置，实时回馈系统。 |
| 20 | 智能蜡疗仪 | 1台 | 20 | 20 | 智能恒温，全自动制作蜡饼。至少五个以上蜡饼盘。 |
| 21 | 佩戴式足下垂康复治疗仪 | 1台 | 4 | 4 | 可接硅胶电极片或者不需要自粘性电极片耗材的。 |
|  | 预算合计：195万元 | | | | |

**以上所有产品，参与需求调查的商家需全部提供，不限于同一品牌。**

**四、需求调查活动事项安排：**

本次需求调查活动需要报名，报名结束后，如符合需求调查条件的需求人满足3家，可组织开展活动；如不满足需求人数量则不开展需求调查，另行安排需求调查时间。

**需求调查事项安排：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **事项** | **时间** | **地点** | **备 注** |
| 1 | 需求文件发布 | 2023年11月3日 | 医院网站、QQ空间、医院办公平台 | 需求文件获取见第一章第六条 |
| 2 | 需求报名 | 需求文件发布之日起至2023年11月 9日16：30止（节假日除外） | 网络报名或现场报名 | 通过以下任意一种方式报名：  1、网络报名：将第一章第六条所列资料原件或加盖印章的复印件扫描后发送至QQ邮箱603171752进行资格初审，审核通过的由采购办登记报名，未登记报名的，医院拒绝需求人参加活动。  2、现场报名：按第一章第六条所列资料原件或加盖印章的复印件交至采购办（综合楼五楼院办公室）现场报名，未登记报名的，医院拒绝需求人参加活动。 |
| 3 | 会前签到 | 2023年 11月14日  12：00 | 石棉县公立医院集团采购办（综合楼五楼院办） | 签到时携带授权委托书及身份证交工作人员现场查验，如法人参加则只需要身份证。 |
| 5 | 需求文件 | 需求调查会 | 现场递交 | 在截止时间前，逾期未送达的取消参加需求活动资格 |
| 6 | 需求会 | 2023年11月14日  14：00 | 石棉县公立医院集团综合楼五楼会议室 |  |
| 7 | 中标通知书 | 本次需求调查无需发放中标通知书 | -- | --- |
| 8 | 签订合同 | 本次需求调查不签订合同 | -- | -- |

1. **商家参加需求调查会提供文件要求：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **文件名称** | **正本** | **副本** | **要求** |
| 资质文件 | **1** | **0** | 涉及的资质材料必须加盖公司鲜章，《意向报价一览表》、《需求文件》请按第四章相关要求进行准备，《意向报价一览表》、《需求文件》请分别用纸质文件袋密封后骑缝加盖印章。本次需求调查不收活页装订的资料。为保障公司秘密，请务必在信封上要注明需求资料字样，以免误拆，否则后果自负。需求资料概不退还，需求调查人承诺不向外透露参与本次需求调查活动的相关信息。 |
| 意向报价一览表 | **1** | **0** |
| 需求调查文件 | **1** | **4** |
| 技术方案和配置文档 | **1** |  | 文档格式为word（需求调查会提交，现场拷贝） |

**五、其它要求与说明：**

1、提供相关信息和资料必须真实可靠，一旦发现有弄虚作假现象，取消需求调查资格，以后医院需求调查将不得参加。

2、按需求调查文件要求如未能提供信息或信息不全，医院将只认可提供部分，其余将不予以认可。

3、本次需求调查，可准备本次需求调查有关的PPT文档，在需求调查会时进行演示，我方可提供投影和笔记本电脑。

4、公司报名资格审核通过后，如因特殊原因无法参加需求调查会的请于会前两天前向医院采购办电话说明，如无故不参加者，医院将不再邀请参加相关的需求调查活动。

1. 需求人须知

# 一、需求纪律

需求人参加需求不得有下列情形：

1、提供虚假材料；

2、采取不正当手段诋毁、排挤其他需求人；

3、与需求科室、其他需求人恶意串通；

4、向需求科室、需求专家行贿或者提供其他不正当利益；

5、拒绝有关部门的监督检查或者向监督检查部门提供虚假情况。

有上述情形之一的需求人，属于不合格需求人，作为不合格需求人不得参加我院其他的需求调查活动。

# 二、需求文件

需求文件是需求人准备需求文件和参加需求的依据，同时也是需求调查的重要依据。需求人应认真阅读和充分理解需求文件中的所有事项、格式条款和规范要求。

1. **未做出实质性响应的风险：**

需求人没有对需求文件全面做出实质性响应是需求人的风险。没有按照需求文件要求作出实质性响应的需求文件将被拒绝。

**2、需求文件的澄清和修改**

在需求报名截止时间前，医院无论出于何种原因，可以对需求文件进行澄清或者修改。对已登记报名的，医院以电话告知或邮箱回复等方式通知需求人。

**3、答疑和现场考察**

1、本次活动不答疑。

2、本次不组织现场考察。

# 三、需求文件

**（一）、需求文件的组成**

需求人应按照需求文件的规定和要求编制需求文件。需求人编写的需求文件应包括下列部分：

**1、报价部分：本次需求调查需现场二次报价**

需求人按照第四章格式要求填写“开标一览表”；

以上报价部分，提供1份，统一装入“开标一览表”文件袋，并按要求密封。

**2、商务部分：**

（1）需求函；

（2）按照第一章第六条要求提供相关资料

（3）证明需求人实力、荣誉的其他证明材料；

（4）需求人业绩的有关材料；

（5）本次需求产品有关材料；

（6）售后服务相关承诺；

（7）需求人承诺给予需求方的其他优惠承诺；

（8）其他供应商认为需要提供的文件和资料

以上商务部分，请按顺序准备资料后，形成需求人的《需求文件》，并提供正本1份、副本4份，统一装入“需求文件”文件袋，并按要求密封。

**（二）、需求文件格式**

需求人可按照需求文件第四章中提供的“需求文件部分格式”填写相关内容，或需求人参照自行编制。

**（三）、需求文件的密封和标注**

1、需求人应在需求文件正本和所有副本的封面上注明需求人名称、需求编号、项目名称及分包号（如有分包）。

2、密封袋上应注明需求人名称、需求编号、项目名称及分包号（如有分包）。

3、所有外层密封袋的封口处应粘贴牢固，并加盖密封章（需求人印章）。

4、未按以上要求进行密封和标注的需求文件将被拒绝。

**（四）、需求文件的递交**

1、需求人应在需求文件规定的需求截止时间前，将《开标一览表》、《需求文件》按需求须知进行密封后现场提交，在需求截止时间以后送达的需求文件将被拒绝，不得参加本次活动。

2、本次招标不接受邮寄的需求文件。

**（五）、计量单位**

采用国家法定计量单位。

**（六）、联合体需求**

本次不接受联合体需求

**（七）、知识产权**

需求人应保证在本项目使用的任何产品和服务不会产生因第三方提出的侵犯其专利权、商标权或其它知识产权而引起的法律和经济纠纷，如因此产生的纠纷由需求人承担所有相关责任。

# 四、报名及需求须知

1. 需求人必须在报名时间截止时间前报名，逾期将不得参加本次活动。
2. 报名时需提供符合要求的需求资质及需求文件，逾期送达的需求文件概不接收。不符合报名条件的需求人，不得参加本次活动。
3. 需求资料不退还，需求方承诺不向外透露需求人信息。

# 五、需求会须知

**（一）、需求人须知：**

1、需求人未按时投递本次活动文件的，视为放弃参加。

2、医院采购办在需求文件规定的时间和地点组织本次活动，需求人须派代表参加

3、需求会采购办将邀请医院使用科室代表、职工代表、纪检人员进行现场监督。

**（二）、需求活动程序**

活动会主持人按照需求文件规定时间宣布开始，按照规定要求主持需求会。需求会将按以下程序进行：

1、主持人（工作人员）当众宣布会议开始，介绍参加需求会的监督人员、科室代表、职工代表、需求专家小组人员，并按照“签到表”宣布参加需求会的需求人名单。

2、纪检人员宣读纪律和有关注意事项。

3、监督人员、职工代表现场检查需求人需求资料密封情况，商家交叉检查，监督人员当众宣布密封情况。

4、需求专家小组对需求人进行资格审核。

5、纪检人员当众拆封参加需求会的需求人开标一览表，交由需求专家小组组长宣读。

6、需求专家小组组长向需求人讲解需求会程序：

（1）需求专家小组对需求人需求文件审查；

（2）按需求人现场进行抽签按照抽签顺序逐一进行陈述，介绍产品情况、相关方案、报价、售后等内容；

（3）接受需求专家小组答疑（无需要答疑的，跳过此步骤）；

（4）需求人进行二次报价，现场不进行宣读。

（5）需求人离场。

（6）需求调查专家小组根据综合票决法进行评比，确定需求顺序。

（7）本项目需求调查仅供医院参考，不发布结果。

**（三）、确定需求原则：**

**综合票决法：**由专家小组根据最终报价、技术指标和配置、用户群、售后服务方案及优势等因素综合考虑，推荐需求顺序。

**（四）、需求取消活动内容：**

本次活动，出现下列情形之一的，予以取消：

1、符合资质条件的供应商不足3家的。

2、出现影响公平公正违法、违规行为的。

3、因重大变故，活动任务取消的。

4、需求人的报价严重偏离市场价，需求方不能支付的。

# 六、签订及履行合同和验收

**本次需求调查不需要进行合同签订及验收。**

# 七、其他须知

1、需求人所提交的需求文件，一律不退还；需求人在递交需求文件后因特殊情况不能参加活动的应提前告之。

2、需求人参加需求的有关费用由需求人自行承担。

3、本次活动解释权归石棉县公立医院集团所有。

第四章、需求文件部分格式

# 一、需求函

石棉县公立医院集团采购办：

我方全面研究了“ ”项目需求文件，决定参加贵单位组织的此项目需求调查。我方授权 职务： 身份证号： 代表我方(需求人单位的名称)全权处理本项目需求的有关事宜。

1、我方自愿按照需求文件规定的各项要求向需求方提供所需服务，需求单价见开标一览表。

2、我方同意按照需求文件的要求提供相关资料。

3、我方为本项目提交的需求文件正本\*份，副本\*份，“开标一览表”\*份。

4、我方愿意提供贵方可能另外要求的与需求有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

5、我方承诺所提供的需求项目达到贵方提出的标准要求。

6、我方提交的所有资料不再收回。

需求人名称： （盖章）

法定代表人或授权代表：（签字或签字章）

联系电话：

日期：

# 二、法定代表人授权书

石棉县公立医院集团采购办公室：

本授权声明 ： （需求人公司名称）姓名： 职务： 身份证号： (法定代表人职务、身份证号)授权姓名： 职务： 身份证号： （被授权人姓名、职务、身份证号）为我方“ ”项目（项目编号）需求活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关需求活动等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

被授权代表签字：

需求人公司名称： （盖章）

日期：

注：如法定代表人亲自参与本次需求的不需要此授权书。

# 三、需求人基本情况表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 需求人公司名称 |  | | | | | |
| 注册地址 |  | | | 邮政编码 | |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | | 电话 | |  |
| 传真 |  | | QQ | |  |
| 法人代表 | 姓名 |  | | 电话 | |  |
| 成立时间 |  | | 员工总人数 | |  | |
| 营业执照号 |  | | 其中 |  | |  |
| 注册资金 |  | |  | |  |
| 开户银行 |  | |  | |  |
| 账 号 |  | |  | |  |
| 经营范围 |  | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

需求人名称：

法定代表人或授权代表（签字或签字章）：

日期：

# 四、需求调查一览表

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 单价（万元） | 合计（万元） | 备注 |
| 1 | 肢体康复训练工作站 | 1套 |  |  |  |
| 2 | 毫米波治疗仪 | 2台 |  |  |  |
| 3 | 微波治疗仪 | 3台 |  |  |  |
| 4 | 平衡评定及训练系统 | 1套 |  |  |  |
| 5 | 聚焦超声波 | 1台 |  |  |  |
| 6 | 偏振光治疗仪 | 1台 |  |  |  |
| 7 | 中频治疗仪器 | 4台 |  |  |  |
| 8 | 低频脉冲治疗仪（电针仪） | 15台 |  |  |  |
| 9 | 便携式低频 | 4台 |  |  |  |
| 10 | 骨伤愈合治疗仪 | 1台 |  |  |  |
| 11 | 言语评定及治疗系统 | 1套 |  |  |  |
| 12 | 红外线理疗灯 | 15台 |  |  |  |
| 13 | 电动起立床训练仪 | 1台 |  |  |  |
| 14 | 震动训练器 | 1台 |  |  |  |
| 15 | 四肢联动全身康复训练系统 | 1套 |  |  |  |
| 16 | 高能激光 | 1台 |  |  |  |
| 17 | 运动、儿童认知训练工具套装 | 1批 |  |  |  |
| 18 | 悬吊训练系统 | 1套 |  |  |  |
| 19 | 上下肢主被动康复训练器 | 1台 |  |  |  |
| 20 | 智能蜡疗仪 | 1台 |  |  |  |
| 21 | 佩戴式足下垂康复治疗仪 | 1台 |  |  |  |
| 合计：万元 | | | | | |

注：

1.报价应包含完成该项目的所有费用。

2.开标一览表可以为多页，每页均需要由法定代表人或授权代表签字并盖公章。

需求人公司名称：

法定代表人或授权代表（签字或签字章）：

日期：

# 五、需求人类似项目业绩一览表

项目名称：

招标编号： 签字盖章：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 用户名称 | 项目名称 | 完成时间 | 联系人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：需求人（限于需求人自已的）以上业绩需提供有关书面证明材料。

# 六、商务和服务应答承诺

由需求人自行列出，主要为售后服务相关承诺、给予的其他各种优惠条件。