三台县人民医院监控设备采购公告

根据医院工作需要，拟对以下项目进行询价采购，请符合相应要求的潜在供应商参加，具体事项如下：

**一、项目内容：**监控设备（按照医院需求量供货）

**二、产品要求：**详见附件（三台县人民医院监控设备清单）

**三、采购方式：**询价

**四、询价年限：**一年

**五、付款方式：**安装验收合格入库后，按照入库数量，收到正式发票后付款。

**六、供应商资格**

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.在中国境内注册并具有独立法人资格的合法企业；

3.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
4.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；
5.参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6.本项目不接受联合体投标。

**七、报价须知**

1.询价：由采购办组织3名评审人员、在审计科监督下询价。

2.报名时间：2022年1月14日至1月19日08:00～12:00、14:00～17:30（北京时间，法定节假日除外）。报名电话：0816-5222252，联系人：邹老师、云老师。

3.报价文件递交方式：本次报价文件采取邮寄（顺丰快递）的方式，收件人：邹老师，联系电话：0816-5222252，地址：三台县人民医院采购办。

4.询价文件需提交以下资料：（所有资料均需加盖本公司鲜章并封装在一个文件袋中，密封袋上应注明投标人名称、项目名称，密封袋的封口处应粘贴牢固，并加盖密封章，未加盖鲜章的资料视为无效，询价文件封面模板详见附件，资料需编缉目录，装订成册，一式两份，一正一副）。
（1）产品报价单(包含成本、利润、风险费、税金等，模板详见附件）；

（2）产品的价格佐证资料（提供省内其它三家合作单位的销售发票复印件）；

（3）公司资质及法人对业务代表的授权委托书（包含授权期限、联系电话、电子邮箱信息）、法人及业务代表的身份证复印件。

5.询价时间：2022年1月24日下午16:00，请各报名供应商报名后尽快寄出资料，确保询价前收到资料，未收到邮寄资料的公司报名资格自动无效。

6.询价地点：行政楼五楼会议室

7.定标方式：一次报价，符合采购需求、质量和服务要求前提下低价中标。

**八、项目咨询电话：**唐老师 13990188710。

**九、项目公示地点：**三台县人民医院官网。

三台县人民医院

2022年1月13日

**附件**

|  |
| --- |
| **三台县人民医院监控设备清单** |
| **名称** | **参数** | **最高限价****元** |
| 摄像头 | 大华网络摄像头 （枪机/半球）400W，全彩 | 320 |
| 摄像头 | 大华网络球机：400万全彩球机，30倍光学变焦 | 2150 |
| 摄像头 | 大华模拟摄像头，900TVL | 180 |
| 交换机 | H3C 8口千兆交换机 S1208G | 220 |
| 交换机 | H3C 24口千兆交换机 S1324GF | 590 |
| 光端机 | 16口同轴光端机 （1对=2个） | 420 |
| 视频分割器 | 4路模拟画面分割器  | 350 |
| 录像机 | 大华网络录像机32路8盘位4K录像机 | 2100 |
| 录像机 | 大华同轴录像机16路双盘位  | 690 |
| 硬盘 | 4TB监控硬盘  | 590 |
| 硬盘 | 6TB监控硬盘  | 930 |
| 硬盘 | 2TB监控硬盘  | 410 |
| 机柜 | 标准9U网络机柜 | 150 |

附件

**询价文件**

**项目名称：**

**授权代表：**

**手机号码：**

**供应商全称： （盖章）**

**年 月 日**

报价单

致：三台县人民医院

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 生产厂家 | 报价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表说明：

1. 所报产品名称、规格型号、生产厂家等信息如实填写，没有就以“/”表示。

2、报价已包括货物、包装、运输、安装、调试、检测、验收合格交付使用之前及保修期内保修服务等所有其他有关各项的含税费用。

单位名称（盖章）：

联 系 人：

联系电话：

日 期： 年 月 日

**商业信誉承诺书**

三台县人民医院：

 （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（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**具有健全的财务会计制度承诺函**

三台县人民医院：

 （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（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**具有履行合同所必须的设备和专业技术**

**能力的承诺书**

三台县人民医院：

 （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（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**没有重大违法记录的书面声明**

三台县人民医院：

 （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（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**无行贿犯罪记录的承诺函**

三台县人民医院：

 （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（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**法定代表人身份证明**

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商单位名称） 的法定代表人。

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。

注：法定代表人亲自投标而不委托授权代理人投标适用。

 **法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：我 （姓名 ） 系 （供应商） 的法定代表人，现授权委托 （单位名称） 的 （姓名） 为我公司代理人，以本公司的名义参加 （招标人） 的 （项目名称） 的投标活动。代理人在资格审查、开标、评标、合同磋商过程中以我单位的名义所签章的一切文件和处理与之有关的一切事物，我均予以承认。

代理人无权转让此授权委托书，特此委托。

供应商（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

附：（1）法定代表人身份证明原件和法定代表人身份证复印件。

（2）授权委托人身份证复印件。

注：法定代表人不亲自投标而委托授权代理人投标适用。

**资质证明文件**

**（复印件加盖鲜章）**