**绍兴市中医院**

**信息化项目采购议价公告**

项目一：

项目名称：绍兴中医院临床用血系统维保项目

项目预算：预算29000.00元(最高限价）

采购方式：议价

资格要求：能为我院提供临床用血系统维保服务。

**二、投标人资格：**

1、符合政府采购法第二十二条之供应商资格规定。

2、本次招标不接受联合体投标。

**三、报名的供应商须提供下列资料：**

1.介绍信或授权委托书原件（加盖公章）；

2.营业执照复印件（加盖公章）；

3.委托代理人身份证复印件（加盖公章）。

**四、报名时间、地点及联系人**

1.采购人信息

  名    称：绍兴市中医院

  地    址：绍兴市越城区人民中路641号

  联系电话：（0575）89102270

  项目联系人（询问）：王宁

1. 报名时间：截止至2024年4月1日9：00时，报名时段每天上午8:00至12:00，下午14:00至17:00。
2. 报名地点：绍兴市中医院2#楼4楼（信息科）
3. 接受电话报名，电话：18267545565（张泽伟）

**五、投标截止时间、投标地点**

1.投标截止时间2024年4月1日9：00。

2.投标地点：绍兴市中医院2#楼四楼信息科

**六、开标时间及地点**

1.开标时间2024年4月1日9：00。

2.开标地点：绍兴市中医院2#楼四楼信息科

**七、评标方法：议价**投标人或实质性响应招标文件的投标人有两家及两家以上时，综合考虑该采购项目的公司报价、采购成本和产品可靠性、先进性等因素确定供应商；只有一家时，采用单一来源采购方式确定供应商。**（超过最高限价作无效标处理）**

**八、投标文件组成内容(投标文件一式三份)**

1.法定代表人授权委托书…………………………………………………（页码）

2.法定代表人及其委托代理人的身份证（复印件）………………………（页码）

3.法定代表人身份证明书……………………………………………………（页码）

4.营业执照(或事业法人登记证或其他登记证明材料)复印件………………（页码）

5.重大违法记录的声明 ………………………………………………………（页码）

6.廉政承诺书 …………………………………………………………………（页码）

7.供应商认为需要的其他技术文件或说明…………………………………（页码）

８.供应商提供2020年1月1日以来完成同类项目销售合同的复印件（三例）

**注：以上目录是基本格式要求，各供应商可根据自身情况进一步细化。**

9.开标一览表（格式）

项目名称: 项目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 报价（单位：元） |
| 01 |  |  |
| 02 |  |  |
| 03 |  |  |
| 04 |  |  |
| 大写 | 人民币 元整 |

注：

1.报价一经涂改，应在涂改处加盖单位公章或者由法定代表人或其委托代理人签字或盖章，否则作无效投标处理。

2.采购人不接受有2个(含)以上的报价或方案，若供应商在此表中有2个（含）以上的报价或方案，作无效投标处理。

3.供应商须按本表格式填写，不得自行更改。

4.有关本项目实施所涉及的一切费用均计入报价。

5.开表一览表中在小写金额与大写金额不一致时，以大写金额为准。