盐亭县妇幼保健院

采 购 比 选 文 件

项目名称：临床试验项目HPV-DNA分型检测服务

项目编号：盐内采2024002

盐亭县妇幼保健院采购办

2024年2月

各供应商：

盐亭县妇幼保健院拟对临床试验项目HPV-DNA分型检测服务进行采购，欢迎能提供本货物和服务的供应商参与比选采购活动。

一、采购项目内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 内容 | 数量 | 单位 | 单价(元) | 金额（元） |
| 1 | HPV-DNA分型检测 | HPV-DNA分型检测并提供检测报告 | 2100 | 例 |  |  |
| 备注：项目数量为2000例，最终数量以实际数量为准 |

二、采购预算：6.3万元（单价控制30元/例）。

三、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.根据项目特殊要求设置的特定条件。

（1）检测技术操作简便，需采用荧光聚合酶链式反应技术

（2）检测所用主要试剂应取得国家药品监督管理局审批的《医疗器械注册证》，并经过临床试验验证，用于宫颈癌初筛用途；

（3）能够提供高效快捷的服务响应机制和完善的质量管理体系；

（4）投标人应具备《医疗机构许可证》、《临床基因扩增检验实验室技术验收合格证书》。

（二）技术、服务要求

1.为采购人提供检验相关项目的检测服务（见采购清单）并承担相应的试剂耗材成本。

2.检验标准：检验质量符合国家相关标准。

3.标本转运：负责检验标本的取送，并保证全流程中标本的质量和生物安全。

4.报告时间自标本接收后5个工作日。

（三）商务要求

1.服务期限：2024.1.1-2025.12.31.

2.付款方式：一次性结算

四、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》。

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、技术、商务、服务要求响应表。

6、商务要求承诺函。

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。

3.响应文件密封

五、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。

六、比选时间、地点

1.比选时间：另行通知

2.比选文件递交地点：盐亭县妇幼保健院采购办

3.比选地点：另行通知

七、联系方式

联系人：岳老师

联系电话：13408167477

**比选响应文件**

项目编号：盐内采2024002

项目名称：临床试验项目HPV-DNA分型检测服务

授权代表：

手机号码：

邮箱号码：

供应商全称： （盖章）

**2024年 月 日**

报价单

|  |
| --- |
| 比选供应商全称： |
| 产品名称：临床试验项目HPV-DNA分型检测服务 |
| 报价 (总价) 大写 ： |
| 报价 (总价) 小写： |

附：详细报价单

比选单位： (公章)

法定代表人或授权代表： (签名)

 年 月 日

详细报价单（格式参考）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 内容 | 数量 | 单位 | 单价(元) | 金额（元） |
| 1 | HPV-DNA分型检测 | HPV-DNA分型检测并提供检测报告 | 2100 | 例 |  |  |

单位名称（盖章）：

日期：

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、供应商必须把比选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、供应商应根据比选文件中的服务指标、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

商务应答表

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

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

盐亭县妇幼保健院：

（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

盐亭县妇幼保健院：

（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

盐亭县妇幼保健院：

（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

盐亭县妇幼保健院：

（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

盐亭县妇幼保健院：

（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

制造商家或代理商授权书（如涉及）

盐亭县妇幼保健院：

（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

盐亭县妇幼保健院：

（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

盐亭县妇幼保健院：

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 ”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