成华区中医医院

关于交换机的采购公告

经研究决定，我院拟采购万兆交换机。该项目采用询价方式采购，现欢迎具有相关资质的供应商参与。

一、采购项目简介

1.项目名称：成华区中医医院交换机采购项目

2.项目预算：优选1家供应商，预算不超过5万元。

二、项目工作要求

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 | 设备名称 | 主要技术要求 | 数量 |
| 信息科 | 交换机 | 1、交换容量≥2.5Tbps/23Tbps；包转发率≥700Mpps；（若存在双参数，以较小参数为准）2、万兆SFP+光口≥24个；40G QSFP+光口≥2个；Console口≥1个；Manage口≥1个3、支持以下上线方式：支持二层广播自动发现网管中心平台；支持配置静态IP地址三层发现网管中心平台；支持DHCP Option43方式发现网管中心平台；支持DNS域名发现网管中心平台。要求提供实际网管平台功能截图，并加盖投标人公章4、支持智能交换机和普通交换机两种工作模式，可以根据不同的组网需要，随时灵活的进行切换；要求提供实际网管平台功能截图，并加盖投标人公章5、支持M-LAG技术，跨设备链路聚合（非堆叠技术实现），要求配对的设备有独立的控制平面6、支持防网关ARP欺骗，支持端口保护、隔离、防止ARP泛洪攻击功能7、支持终端类型库，基于指纹自动识别PC、路由器、摄像头设备8、支持查看安全事件记录、终端类型异常记录、终端在端口迁移次数、终端地址异常记录等安全事件的记录统计9、为提高系统兼容性对接，需支持联动第三方安全设备或平台，通过联动实现从系统及接入层交换机对风险终端MAC地址进行封堵；要求提供实际网管平台功能截图，并加盖投标人公章10、支持查看终端的的历史接入交换机端口，终端的活跃状态 | 1 |

三、供应商资格要求

各潜在供应商参加本次采购项目应具备下列条件：

1.具有独立法人资格，相应的经营范围，独立承担民事责任的能力，并且具有有效的营业执照和经营许可；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4.具有完善的售后服务制度和良好的售后服务记录，能提供良好售后服务；

5.在经营活动中三年内没有重大违法记录；未处于财产被接管、冻结、破产状态，未处于有关行政处罚期间，未处于投标禁入期内；

**以上可提供承诺函**

四、供应商参加比选时须携带以下资料：

1.营业执照复印件（年检合格），供应商资格要求承诺函；

2.单位介绍信或法人授权书；

3.法定代表人或授权代表身份证复印件；

4.产品的使用说明书、实物图片、产品的合格证明文件；

**5文件要求应答表；**

**6.报价明细表；**

五、采购方式

采购会由我院院内专家组成的评审小组进行综合评议，资格审查合格，完全符合功能要求，在满足我院临床使用的情况下按质优价低原则确定候选人排序。

**响应文件递交地点、方式及截止时间：**

1.递交地点：成华区中医医院四楼会议室；

2.递交方式：现场递交。
3.公示时间：2023年9月11日-9月13日

资料递交截止时间：2023年9月13日16：30（北京时间）。
4.采购时间：2023年9月13日16：30（北京时间）。
5.采购地点：成华区中医医院四楼会议室。

六、结果公告：将于定标后在成华区中医医院网站发布。

接收人：秦涛    电话：028-60828099

成都市成华区中医医院

2023年9月7日

**附件：**

**报价文件**

**项目名称：**

**授权代表：**

**手机号码：**

**供应商全称： （盖章）**

**二〇二三年 月 日**

**1.文件要求应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件项目工作要求 | 响应文件应答内容 | 是否响应（是或否） |
|  |  |  |  |

注：

1. 供应商必须把本文件内的工作要求全部列入此表。

2．按照本文件要求的顺序逐条对应应答，未应答按照未响应处理。

3．供应商必须据实应答，不得虚假应答，否则将取消成交资格。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或被授权人（签字或盖个人名章）：

日 期：

**2.报价明细表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 生产厂家 | 数量 | 单价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
| 报价合计金额（大写）： |

注:

1、本表的总价格应是最终用户验收合格后的总价，包括完成本项目的所有费用。必须报出总价的各个主要组成部分的价格。

2、应完整填写内容名称。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或被授权人（签字或盖个人名章）：

日 期：

**3.承诺函模板**

## 承诺函

致成都市成华区中医医院：

本公司（公司名称）参加（项目名称）（比选编号）的比选活动，特别针对以下条款，郑重承诺：

1、在中华人民共和国境内依法注册的法人或者其他组织；

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、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、参加本次比选活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6、申请人还符合法律、行政法规规定的其他强制性条件；

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取中选追究法律责任。

如违反以上承诺，本公司愿承担一切法律责任。

比选申请人名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

比选日期：X年X月X日

注：1.可自行提供具有有效签字和盖章的格式，但承诺函的内容至少应该包含本格式中涉及的承诺内容。

**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）：

授权代表人（签字或盖章）：

联系电话：

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