成都市成华区中医医院

## 临床用血费用减免信息系统采购项目

## 询价采购文件

经研究决定，我院拟采购临床用血费用减免信息系统采购项目，现欢迎具有相关资质的供应商参与。

## 第一部分 采购概要：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **编列内容** |
| 1 | 项目名称 | 临床用血费用减免信息系统采购项目 |
| 2 | 资金来源 | 🗹事业收入（自有资金）：2.8万元  🞎财政/专项资金：  。 |
| 3 | 响应文件 | **1.响应文件1份，（无需胶装，A4打印加盖公章即可），递交资料时需密封盖章，密封不合格将不予接收**  **2.评选当日由授权人自行送达评选现场。** |
| 4 | 评选时间与地点 | 1. 评选时间：**2025年 7月9日16：30分** 2. 评选地点：成都市成华区中医医院4楼会议室 |
| 5 | 联系方式 | 采购办联系人：秦老师；联系电话：028-60828102  地址：成都市成华区长秀路133号 |
| 6 | 其他说明 | 不接受联合体参评；不允许分包转包。 |
| 7 | 评选办法 | 🗹 最低价评选法  🞎 综合评分法 |
| 8 | 结果公示 | 成都市成华区中医医院官方网站http://www.chqzyyy.com// |

## **第二部分 资格响应文件：**

|  |  |
| --- | --- |
| 资格要求 | 资格材料**（加盖公章）** |
| **★一般资格响应文件：（加盖公章）** | |
| 1、营业执照及许可证 | 提供复印件 |
| 2、法人身份证、授权人书函、授权人身份证 | 格式参照附件 |
| 3、能力与信誉要求：  (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)具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；  (5)参加此采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；  (6)符合法律、法规规定的其他条件。 | 格式参照：  附件5能力与信誉承诺函 |
| **★其他资格证明材料：（加盖公章）** | |
|  |  |

## **第三部分 采购需求：**

★**采购标的**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **服务名称** | **需求描述** | **数量** | **控制限价** | **备注** |
| **1** | 临床用血费用减免信息系统采购项目 | 详见与“采购要求” | 1项 | 2.8万元 |  |
| **合计** | | | | |  |

价款包括但不限于**：**货款、包装、运输、安装、调试、培训、检测、升级、税费、加工、人工费、设计、验收合格交付使用之前、保修期内保修服务与零配件人工费等所有相关费用。货币结算单位为人民币。

**★采购要求**

一、技术要求

1.支持血站在线联网实时智能审核功能，具有网上申报登医院用血退记、网上审核、确认、结算等功能。  
2.自动读取献血者相关信息，如：姓名、性别、证件信息、献血次数、献血量、包括曾经报销过的血量等。实现献血信息、可返还量的自动查询。  
3.支持图片信息上传至献血者用血返还网管理系统。  
4.支持自动读取相关信息和输入相关信息，可自动判断报销血量、报销金额等信息，实现网上自动结算。  
5.报销信息经审核，确认报销结果，完成报销，并自动上传报销信息。  
6.支持血费与每月的报销费进行互相冲减，财务最终进行审核，确保医院与献血办间的财务结算的可靠性与便利性。  
7.具有自动预警功能，防止重复报销以及虚假报销等问题的发生。  
8.支持与医院结账审核，打印结账单功能。  
9.能够实现和血站财务系统，成本核算系统的接口。  
10.支持报销票据的管理功能。

**★商务要求（服务期限、付款方式、交货验收）**

1、交货期及交货地点：

1.1交货期：合同签订后30日内

1.2交货地点：成都市成华区中医医院。

2、付款方法和条件：合同签订，经验收合格收到有效合法的发票后支付合同金额的100%，3、验收：系统交付后，以比选文件或比选申请文件要求进行验收。

4、质保期：≥1年。

5、响应时间：2小时响应。

**第四部分 评审规则：**

1. **评选定评组织：**

评选组是3人或5人，由申购（使用）科室、归口管理部门、相关部门科室等负责人或其指定的授权人代表组成；工会监督代表、审计代表根据需要全程监督审计。

1. **供应商及响应文件有下列情形之一的将作无效、处罚，并追究其相关法律责任：**
2. 提供虚假材料响应等谋取成交的；
3. 提供假冒伪劣产品或降低服务标准，不能满足正常需求的；
4. 采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商等扰乱采购秩序的；
5. 与相关部门科室、其他供应商恶意串通的；
6. 向相关部门科室行贿或者提供其他不正当利益的；
7. 供应商单方面放弃成交结果或变更、中止、终止合同协议的；
8. 拒不接受有关部门督查的或提供虚假情况的；
9. 法律法规规定的其他禁止情形。
10. **定评办法：**
11. 评选组只对实质上响应《采购需求文件》要求的参评供应商进行评审。**“★”为实质性条款，**不响应视为无效投选文件。
12. 在评选期间，评选组可要求参评供应商对其《采购需求文件》中含义不明确的内容作必要的澄清或说明，但澄清或说明不得超出《采购需求文件》的范围或改变《采购需求文件》实质性内容。有关澄清的要求和答复均应以书面形式提交，澄清的内容为响应《采购需求文件》的组成部分。
13. 本次评选采用**院内询价，原则上一次报价。按供应商报价金额或统一折扣率由低到高排序，满足全部要求且最低报价金额或统一折扣率作为第一候选供应商，以此类推，如果报价相同经谈判后择优确认第一候选供应商。**
14. 第一候选供应商放弃中选（将承担相应法律法规责任和赔偿采购人全部损失）或因不可抗力提出不能履行合同的，需获得采购人同意。采购人可以自行按评选排序顺序依次替补。
15. 在采购人官方网站公示的信息与中选通知书同等效应。
16. 响应文件部分格式与装订顺序
17. **详见附件1-8。保证总体格式和顺序不变条件下，可适当修改调整。**
18. **附件中未涉及的证明文件、设计图、样品图片、说明书等其他相关材料的，规范分类装订。（无需胶装，A4打印加盖公章）**
19. 其他注意事项
20. 为了有助于对《采购需求文件》进行审查、评估和比较，采购方有权向参评供应商质疑、查看有关资质原件、请参评供应商解释参评内容。参评供应商有责任按照采购方通知的时间、地点指派专人进行答疑、澄清、提供有关原件。
21. 在参评评选过程中参评方有恶意竞争等不正当行为时，采购方有权中止评选。
22. 成交供应商应当按照供货合同约定履行义务，完成本项目，不得向他人转让本项目。

**附件**1、响应文件封面格式

标明正副本

**响应文件**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目编号：** | CG2025-35 |
| **项目名称：** | 临床用血费用减免信息系统采购项目 |
| **项目包号：** | / |
| **供应商全称：** |  |
| **联系人：** |  |
| **联系方式：** |  |
| **日 期：** |  |

## **附件2.参选函**

**致：**成都市成华区中医医院

我方全面研究了“临床用血费用减免信息系统采购项目单击此处输入文字。”《采购需求文件》，决定参加贵单位组织的本次评选。我方提交《响应文件》 1 份,**（无需胶装，A4打印加盖公章即可）**保证其真实性，并承诺，以下情况若未完全履行，愿无条件接受我方参评被拒绝的后果：

1.我方完全接受《采购需求文件》要求的内容，愿承担该项目的实施和售后服务任务，并将履行《采购需求文件》对中选供应商的要求和应承担的责任及义务。

2.我方已全面研究了《采购需求文件》的所有内容，包括澄清文件、参考资料及有关附件，无其他不明事项。

3.我方接受提供贵方可能另外要求的与参评有关的任何证据或资料，并保证已提供和将要提供的文件资料是真实.准确的。

4.我方接受30天的参评有效期（如中选，有效期将延至合同终止日为止），在此期间我方将受此约束。

5.如我方中选（以成华区中医官方网站挂网公告为准），主动联系采购人医院采购办（地址：成华区长秀路133号4楼办公室），合同事项联系人：秦老师；联系电话：028-60828102

法定代表人或授权代表人签字：

年 月 日

**附件3.供应商及产品或服务的资质证明材料**

1. 从事本项目经营范围的营业执照（加盖公章*）*

*2.设备资质、*

## **附件4.**

法定代表人资格证明书

致成都市成华区中医医院：

同志，现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

附：法定代表人性别： 年龄： 身份证号码：

联系电话：

营业执照号码： 经济性质：

主营（产）：

兼营（产）：

进口物品经营许可证号码：

主营：

兼营：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

3.将此证明书提交对方作为合同附件。

(为避免废标，请供应商务必提供本附件)

**法定代表人身份证复印件：**

|  |  |
| --- | --- |
| 正面 | 背面 |

法定代表人授权委托书（如无则不提供）

致：成都市成华区中医医院

本授权书声明：本人 （法定代表人姓名.身份证号） 系注册于 （国家或地区的名称） 的 （公司名称） 的法定代表人，现授权委托 （公司名称） 的 （被授权人姓名.职务.身份证号） 为本公司的合法代理人，参加 **“**2025年3月户外拓展活动采购项目”的采购活动。

被授权代理人签署该项目《采购需求文件》、响应文件和处理一切与此有关的事务，我均予以认可。

本授权书于 年 月 日签字生效， 特此声明。

法定代表人签字：

被授权人签字：

供应商名称（加盖公章）：

年 月 日

单击此处输入文字。

**被授权人身份证复印件：**

|  |  |
| --- | --- |
| 正面 | 背面 |

**附件5、能力与信誉承诺函**

|  |
| --- |
| **成都市成华区中医医院：**  我公司作为本次采购项目的供应商及参投人，根据采购文件要求，现郑重承诺如下：  一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：  （一）具有独立承担民事责任的能力；  （二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；  （三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；  （四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；  （五）参加各类采购等活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；  （六）法律、行政法规规定的其他条件；  （七）根据采购项目提出的特殊条件。  二、完全接受和满足本项目采购文件中规定的实质性要求，如对采购文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对采购文件有异议的同时又参加采购以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。  三、在参加本次采购活动中，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他供应商参与同一合同项下的采购活动的行为。  四、在参加本次采购活动中，不存在和其他供应商在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。  五、我司不存在政府行政部门规定的记入诚信档案的失信行为。  六、响应文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。  七、如本项目采购采购过程中需要提供样品，则我公司提供的样品即为成交后将要提供的成交产品，我公司对提供样品的性能和质量负责，因样品存在缺陷或者不符合采购文件要求导致未能成交的，我公司愿意承担相应不利后果。  八、我公司承诺，因知识产权造成的纠纷，由我单位全权负责。  本公司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，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交的法律责任。  **供应商名称：** （盖章）  **法定代表人或授权代表（签字或盖章）：** **日期：** |

**附件6、报价单格式**

致：**成都市成华区中医医院**

我公司仔细研究了《采购文件》的基本情况，根据本公司的实际情况，本公司的报价如下：

1、**总额合计报价： 元。**

**2、分项报价清单：无。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **单位** | **单价（元）** | **项目总报价（元）** |
| **1** | 临床用血费用减免信息系统采购项目 |  |  |  |
| **总报价大写： 元整** | | | | |

**以上报价包括且不限于：**货款、包装、运输、安装、调试、培训、检测、升级、税费、加工、人工费、设计、验收合格交付使用之前、保修期内保修服务与零配件人工费等所有相关费用，并包括各项费用和价格的涨价风险等，应计未计部分视为全部计入，不再单独另计其他费用，包含合同明示或暗示的所有责任、义务和不可抗力以外的一切风险。货币结算单位为人民币。

供应商名称： （全称并加盖企业公章）

法定代表人或授权代表签字：

年 月 日

**附件7、采购需求响应表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品/服务**  **名称** | **采购人需求** | **供应商响应情况** | **响应程度** |
|  | 临床用血费用减免信息系统采购项目 | ★采购要求 | 请填写自己公司针对每一条的响应具体情况。 | 🞎完全响应。  🞎不响应。  🞎部分不响应（请列举差异）： |
|  | ★商务要求 | 请填写自己公司针对每一条的响应具体情况 | 🞎完全响应。  🞎不响应。  🞎部分不响应（请列举差异）： |

注释：

完全一致的，用概况语言陈述或承诺，无需全部复制；有更优响应或不能响应的差异，逐项/条说明。

**供应商盖章：**

**日期：**单击此处输入文字。