**泉州市中医院医疗服务类项目**

**采 购 公 告 文 件**

**项目编号：GKXJFW202506**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称：** | 泉州市中医院2025年6月 |
|  | 医疗服务类项目采购意向公告 |
| **采 购 人：** | 泉州市中医院 |
| **发布时间：** | 二○二五年六月 |

**泉州市中医院2025年6月医疗服务类项目采购意向公告**

项目编号：GKXJFW202506

泉州市中医院因临床科室诊疗技术业务开展的需要，现对“项目一览表”的项目进行市场询价，欢迎符合资质条件的制造商或经销商参与报名。

**一、项目概况**

1. 项目名称：泉州市中医院2025年6月医疗服务类项目采购意向公告。
2. 货物主要内容及要求：“附表：项目一览表”。

**二、报名单位的资格要求**

1. 报名方具备对应报名项目的法定资质。
2. 报名方的委托代理人须为报名方的正式员工，并在规定时间内提交报名材料。
3. **报名方式**

报名方在指定时间内，按采购公告文件的要求制作并提交报价单和资质材料。未按采购公告文件的要求报名或逾期报名的，一律视为报名无效。

1. **报名地点**

鲤城区笋江路388号门诊楼四楼设备科办公室（杏林通道内）。

1. **资料递交截止日期**

自发布之日起五个工作日内。

**五、采购公告文件获取方式**

点击公告下方附件链接进行下载。

1. **联系方式**

设备科电话：(0595)-22202932。

设备科邮箱：qzzyysbk@163.com。

**七、其他事宜**

1. 报名方认为自身权益受到损害的，请以书面形式向采购方提出质疑澄清，口头质疑不予受理。监督电话：22204875。
2. 其他未尽事宜，按照政府采购相关法律法规执行。

泉州市中医院

2025年6月（以实际发布之日为准）

# 附表：项目一览表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **合同包数** | **申请科室** | **项目名称** | **总限价** | **备注** |
| 1 | 医院公用 | 医疗设备维保服务（非专项购置年保服务） | 服务期1年，预算150万元/年 | 1. 维保范围：医院非专项购置年保服务的（即维修服务无指定来源）医疗设备。 2. 维保期间过保设备自动纳入维保，不另外收取费用。维保期间报废设备自动移出维保，不另外扣除维保费用。 3. 项目通过政府采购招标确定中标方。 |

**请潜在供应商与申请科室、设备科充分沟通后提供维修方案。院方不组织现场踏勘，报名方如有必要可自行前往现场考察（费用自理）。**

# 附表2：报名方须提交的材料

报名方须提交**报价单**和**资质材料**两部分。

**未按要求提供者，视作无效报名。**

1. **报价单**的递交要求：
2. 报价单（示例一）需加盖公章。

2、报价单用信封单独密封，每个合同包提供一份报价单。

3、信封的封口处加贴封条，封条的四角加盖公章。

4、信封封面须注明报名单位、项目名称、报名代表签字及联系方式。

5、报价须包含与本项目有关的一切费用（服务过程禁止加收任何费用）。

6、**报价单不得出现于资质材料内！**

7、递交方式：现场递交（推荐）或邮寄。因现场递交密封报价单时，报名委托代理人需登记报名信息，故采用邮寄递交报价单的报名方，须将报名委托承诺函（示例三）连同报价单一并邮寄。

邮寄须知：邮寄报价时，请告知快递公司送货上门，不要将邮件放于邮件代收点。如出现邮件冒领或丢失、邮件未按预期时间送达（预期时间在资料递交截止日期之前以电子邮件形式告知）、邮件破损导致报价单破损等客观原因，导致报名方无法正常报名的，报名方须自行承担后果，采购方不承担任何责任。

1. **资质材料**的递交要求：
2. 资质材料采用电子邮件提交，无需纸质提交。
3. **报价单不得出现于资质材料内！**
4. 一个合同包单独提供一份PDF方案书，在资料递交截止日期前，将扫描件发送至设备科邮箱qzzyysbk@163.com。
5. PDF方案书（加盖公章）按照以下顺序和要求编写：

1）目录（注明页码）；

2）报名确认函（示例二）；

3）报名单位资质文件及配件材料：

3.1.报名公司资质证件（例如：营业执照、报名公司法人身份证复印件、报名单位的个人授权书及身份证复印件、报名单位的电话联系方式和电子邮箱联系方式、其他相关资质证件）。

3.2.**服务单位为中小微企业，需提供中小微企业声明函。**

3.3.维修配件书面承诺函，承诺：①所更换的核心配件均为原厂全新配件。②所更换通用兼容件均为全新适配件，且不引发任何原厂维修纠纷。

3.3.提供服务公司工程师团队资质信息、驻院工程师配置方案。方案内容包括但不限于：服务响应时间、修复率承诺、驻院服务方案（需负责改造医院提供的办公服务场所和值班休息场所）、为院方提供365天7\*24小时全天候服务。

3.4.提供预防性维护保养和质控服务方案。方案内容包括但不限于：预防性维护保养周期、服务期间需为医院提供生命急救类设备质控设备及质控指导服务。

3.5.提供特种设备巡检服务方案。方案包括但不限于：液氧站、压力容器等特种设备及日常巡上岗操作（服务人员具备相应资质）。

3.6.提供备件服务和备用机服务方案。方案内容包括但不限于：备件储备范围、备件供应时限、备用机服务范围、备用机供应时限。所有备件和备用机来源均应可追溯。

3.7.提供医疗设备全生命周期管理系统，软件功能包括但不限于：采购管理、资产管理、手机端报修平台、报修管理、维修管理、配件管理、质量控制、巡检保养管理、数据统计、效益分析等模块。在维保到期后，服务单位如未成功续约，应无偿提供数据转移对接服务。在服务期间产生的所有与医院相关的数据信息仅用于服务本身，不得用于其他任何用途，违规者将自行承担由此产生的一切法律责任及后果。

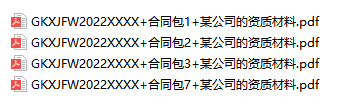
3.8.协助院方进行设备定期盘点以及巡检工作。

3.9.协助院方进行强检设备计量检测服务，且包含每年4次院外送检、证书取回、证书归档。

3.10.购买公众责任险（声明拟购置险种及相关信息），作为由于维修过程中发生意外事故，造成第三者人身伤亡或财产损失。

**必读！！【报名示例】**

如果某公司希望报名某次医疗服务类项目（项目编号：GKXJFW202XXXXX）中的合同包1、2、3、7。则该公司应在规定时间内委任公司正式职员按照要求现场递交合同包1、2、3、7的报价单（共4份），并发送邮件（邮件名：GKXJFW202XXXXX+某公司+合同包数1/2/3/7+某某某+1234XXX5678）,邮件包含的文件如图所示：

****

▲报名材料的命名要求：

①邮件的文件名格式：项目编号+公司名+所有合同包数+联系人姓名及电话

②资质材料的文件名格式：项目编号+合同包数+公司名的资质文件材料

示例一：报价单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名单位 |  | | | |
| 维修单位企业类型 |  | 联系人姓名及联系电话 | |  |
| 合同包数 | 1 | 项目名称 | 医疗设备维保服务（非专项购置年保服务） | |
| 报价 | 服务类型 | | 服务报价 | |
| 购置时间≥5年的医疗设备 | | 设备原值的（ ）% | |
| 5年＜购置时间≤10年的医疗设备 | | 设备原值的（ ）% | |
| 购置时间＞10年的医疗设备 | | 设备原值的（ ）% | |
| ...（如有其他类型，请自行补充） | |  | |
| 人工服务费报价 | ¥ 元 | | | |
| 注：1、如有提供保修服务，需写明保修期限；如无提供，则填写“无”即可。 | | | | |
| 2、填写报价表时，所有名称、型号等内容应填写完整，不许简写。 | | | | |
| 3、维修单位企业类型选填“大型企业”、“中型企业”、“小型企业”或“微型企业”。（必填项） | | | | |

示例二：报名确认函

|  |
| --- |
| 致泉州市中医院：  根据贵方为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(项目名称)项目询价采购的公开邀请，我司\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_授权报名代表\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(全名，职务)参与报名。  报名单位全称（加盖公章）：  地址：  公司电话/传真：  报名代表签字：  联系电话：  日期： |

示例三：报名委托承诺函

|  |
| --- |
| 致泉州市中医院：  我司\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_原因无法现场递交\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(项目名称)项目的报价单。现委托贵方代替我司登记报名信息并对以下内容做出承诺：   1. 邮寄报价时，我司已告知快递公司送货上门，不要将邮件放于邮件代收点。 2. 如出现邮件冒领或丢失、邮件未按预期送达、邮件破损导致报价单破损等客观原因，导致我司无法正常参与此次询价。我司自愿放弃本次报名，贵方不承担任何责任。   报名供应商全称（加盖公章）：  地址：  公司电话/传真：  报名代表签字：  联系电话：  日期： |