

黔南州中医医院肾病内科耗材遴选采购项目遴选公告

1、项目名称:黔南州中医医院肾病内科耗材遴选采购项目

2、项目编号:GZJ CXH[2024]-CG043 号

3、项目序列号:/

4、项目联系人:兰绍航

5、项目联系电话:15180881704

6、采购方式: 遴选 (每种耗材选择一家供应商入围, 同一供应商可以获得多种耗材供应资格)。

7、采购货物或服务情况: (具体要求详见附表)

(1) 采购主要内容: 详见遴选文件

(2) 采购数量: 1 批 (详见采购内容及要求、采购清单一览表)。

(3) 采购预算价: 无固定预算 (0 元)。

(4) 最高限价: 投标人报价不得高于产品单价限价, 且不高于贵州省药品和医用耗材招采管理系统采购限价。

(5) 简要技术要求、服务和安全要求: 详见遴选文件

(6) 交货时间或服务时间: 采购周期 1 年, 按采购人需求量按时供应。

(7) 交货地点或服务地点: 黔南州中医医院。

(8) 其他事项 (如样品提交、现场踏勘等): 不集中组织, 投标人自行考察。样品提供详见采购清单。

8、投标供应商资格要求

(1) 一般资格要求:

①、具有独立承担民事责任的能力【提供加载“统一社会信用代码”的营业执照 (或事业单位法人登记证书)】;

②、法定代表人授权委托书、法定代表人资格证明书及授权委托书身份证;

③、根据《黔南州财政局关于鼓励推行政府采购供应商基本资格条件承诺制的通知》(黔南财采(2024) 2 号), 供应商基本资格条件实行承诺制, 投标供应商须提供具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录、参加政府采购活动前三年内, 在经营活动中没有重大违法记录的书面承诺函。承诺函格式详见投标文件格式附件《供应商基本资格条件承诺函》。

注: 1. 如供应商没有提交基本资格条件承诺函的, 应提供其满足资格条件的相关证明材料。 2. 供应商对承诺内容的真实性、合法性、有效性负责。如作出虚假承诺, 将承担提供虚假材料谋取中标、成交的法律责任。经调查核实后, 采购人和采购代理机构将报请州财政局将依法依规给予处理。

④投标保证金缴纳凭证。

(2) 特殊资质要求:

①供应商为制造商的需具有“医疗器械生产企业许可证”; 供应商为代理商的需具有“医疗器械经营企业许可证”。

②本项目不接受联合体投标 (提供非联合体投标承诺书)。

9、获取采购文件信息:

(1) 购买采购文件时间:2024年08月16日09:00:00至2024年08月20日16:00:00

(2) 购买采购文件地点:贵州金诚信和项目管理咨询有限责任公司现场购买(贵州省都匀市西山大道26号碧桂园·滨江1号12栋1单元302号)

(3) 采购文件售价:300元人民币(含电子文档)

(4) 携投标供应商资格要求中要求的资料原件参与报名(法人参与报名的需提供法人身份证明原件及身份证原件,代理委托人参与报名的还需提供代理委托书、本人身份证原件及投标单位为其缴纳社保证明材料),报名资料面交代理公司审核,采购文件现场领取。

10、投标截止时间(北京时间):2024年08月21日15:00:00(逾期递交的投标文件恕不接受)

11、开标时间(北京时间):2024年08月21日15:00:00

12、开标地点:贵州省都匀市西山大道26号碧桂园·滨江1号12栋1单元302号

13、投标保证金情况

①投标保证金金额:本项目投标保证金为2000.00(贰仟元)人民币。

②投标保证金交纳金额及方式:1、汇款或转账,投标保证金必须从供应商基本账户转账或汇款至如下指定银行账户,交纳成功后自行打印汇款回执单作为保证金缴纳凭证,开标时到代理公司财务室现场查实确认成功到账作为投标保证金有效缴纳凭证,否则视为无效(需注明项目名称或项目编号)。2、现金缴纳,投标保证金面交代理机构,以换取的保证金收据作为投标保证金有效缴纳凭证,否则视为无效。

账户名:贵州金诚信和项目管理咨询有限责任公司

开户行:贵州银行股份有限公司都匀剑江支行

账号:0400 1000 1700 0103 89

③递交截止时间:2024年08月21日15时00分,逾期无效。

14、PPP项目:否

15、采购人名称:贵州省黔南布依族苗族自治州中医医院

联系地址:都匀市

项目联系人:吴老师

联系电话:0854-8233680

16、采购项目需要落实的政府采购政策:已落实

17、采购代理机构全称:贵州金诚信和项目管理咨询有限责任公司

联系地址:贵州省都匀市西山大道26号碧桂园·滨江1号12栋1单元302号

项目联系人:兰绍航

联系电话:15180881704

招标人或其招标代理机构主要负责人(项目负责人): 兰绍航 (签名)



招标人或其招标代理机构: _____ (盖章)