**中山大学附属肿瘤医院数字病理扫描仪上门维修服务采购项目询价公告**

**一、项目预算：**￥50000.00元

**二、项目最高限价：**￥50000.00元

**三、项目性质/资金来源：**自筹

**四、采购方法：**院内询价（一次报价）

**五、项目内容（用户需求书）：**

1. 项目说明

说明：病理数字化切片扫描系统于2015年-2017年进行了两次采购,目前越秀院区数字病理扫描室中，扫描仪出现故障，影响了病理科相关的诊断和科研工作。信息中心将针对该设备展开上门维修服务的采购。

1. 材料细节

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **单位** |
| 1 | 数字病理扫描仪上门维修服务 | 1 | 项 |

注：供应商必须对项目内全部内容进行报价，不允许只对其中部分内容进行报价。

1. 技术要求
2. ★施工方案：确保机器处于关闭状态，准备好的零件和工具，所有零件必须为原厂生产，且需具备安全认证。
3. 施工注意事项：注意避免静电，严格按照规定进行操作，以免损坏敏感的电子部件。在施工过程中，需检查零件的质量和状态，以避免维修时间过长。
4. 施工安全：使用个人防护装备，包括安全眼镜、手套和工作服。在工作区域设置明显的安全标志，确保其他人不会靠近施工现场。在施工过程中保持机器处于断电状态。
5. 物料存放：存放零件和工具的区域应保持整洁有序，以免混淆或丢失。必要的零件外包装需与用户科室交接，由用户科室保管。
6. 错峰施工：避免在高峰时段进行施工，以减少对其他工作的影响。施工前与相关部门协调，确保施工过程不会干扰到其他工作。
7. 施工完成后测试：在重新组装机器前，检查机器的各项功能，确保正常运行，并进行性能测试，确保零件更换无误，系统运行正常。
8. 场地清洁：在施工完成后，清理施工现场，将废弃的零件和包装物妥善处理。清洁机器外壳，确保没有污渍。恢复工作区域的施工前状态，确保没有任何遗留物或隐患。
9. 商务要求
10. ★保修：原厂保修3个月
11. ★项目费用需包含本次服务费用及所用到的所有维修材料的费用。
12. ★工期：合同签订后一个月内完成维修。
13. **供应商资格条件：**
    1. 单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的采购活动。
    2. 投标人应是响应招标、参加投标竞争的中华人民共和国境内的独立法人或者其他组织 （提供合法有效的营业执照扫描件，原件备查）。

**七、供应商必须对本项目为单位进行整体报价，所报产品必须满足采购文件的要求。标注“****★”的条款为重要条款不允许负偏离，否则将被视为无效报价。详细技术规范请参阅询价通知书中的用户需求书。**

**八、报价要求、文件递交截止时间和递交地点：**

* 1. 报价要求：供应商一次报出不得更改的价格，在报价截止时间前，将响应文件(需盖章、签名及密封，响应文件模板见采购文件)快递至指定地点。
  2. 文件递交截止时间：2024年4月10日16时00 分（北京时间）。
  3. 文件递交地点：广州市越秀区先烈南路23号华泰宾馆翠园楼3楼306。

**九、项目联系方式：**  
 联系人：陈老师； 联系电话：18026147599； 邮箱：chenhh@sysucc.org.cn

中山大学附属肿瘤医院  
2024年4月2日

**附件一**

**中山大学附属肿瘤医院数字病理扫描仪上门维修服务项目报价单**

供应商名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 单价（元） | 备注 |
| 1 | 数字病理扫描仪上门维修服务 |  |  |

报价有效期 天

注：

1.付款方式为 结算付费。

2.报价中必须包括项目所发生的人工费、配件费、招标费、管理费、利润、项目措施费、规费、税金、配合费、预留金以及施工合同包含的所有风险、责任等各项应有费用。

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**附件二 法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书**

**（1）法定代表人/负责人资格证明书**

致中山大学附属肿瘤医院 ：

同志，现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

签发日期： 单位： （单位公章）

附：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：

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**。**

|  |
| --- |
| 粘贴法定代表人身份证复印件 |

**（2）法定代表人/负责人授权委托书**

致中山大学附属肿瘤医院：

兹授权 同志，为我方签订经济合同及办理其他事务代理人，其权限是：

。

授权单位： （盖章） 法定代表人 （签名或盖私章）

有效期限：至 年 月 日 签发日期：

附：代理人性别： 年龄： 职务： 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）：

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**。**

4.授权权限：全权代表本公司参与上述院内谈判项目的报价响应，负责提供与签署确认一切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺。

5.有效期限：与本公司报价文件中标注的报价有效期相同，自本单位盖公章之日起生效。

6.报价签字代表为法定代表人，则本表不适用。

|  |
| --- |
| 粘贴代理人身份证复印件 |

**附件3 需求条款响应表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **总体情况** | **计数** | | |
| 完全响应/部分响应 | 完全响应/部分响应（选择此项时应填写偏离表） | | |
| 正偏离 | 项 | | |
| 负偏离 | 项 | | |
| **偏离项情况** | | | |
| 序号 | 原需求描述 | 偏离情况 | 偏离说明 |
|  |  | 正/负偏离 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：

1.对于上述要求，如供应商完全响应，则请在“总体情况”中填写“完全响应”；如选择“部分响应”，则请在“总体情况”中填写“部分响应”，同时补充“正偏离”与“负偏离”内容。

2.本表内容不得擅自修改。

**3.上述需求响应必须真实，不得弄虚作假。对于存在疑问的地方，院方有权进行事后校验，一旦发现虚假响应，将视为报价无效，且列入合作黑名单并追究公司法律责任。**

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日