**重庆医科大学附属永川医院**

**采购公告**

**项目号：2025FW088**

| 项目名称 | **泌尿外科体外冲击波碎石机移机服务** | 采购方式 | 院内议价采购 |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系地址 | 重庆市永川区萱花路439号 | 联系人 | 李孟翰 |
| 联系电话 | 023-85385105 |
| 报名及递交资质时限 | **2025年8月6日00：00至2025年8月8日24：00** |
| 递交方式 | **请在规定时间内使用顺丰快递邮寄给采购办李孟翰（请务必写清楚项目名称及联系方式，1份资料）** |
| 项目采购时间 | 待定 |
| 采购品目 | **备注** |
| **泌尿外科体外冲击波碎石机移机服务** | / | / | 总预算为0.3万元 |
| 供 应 商 资 格 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服务能力；（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；（5）参加政府采购活动近三年内，在经营活动中没有重大违纪记录；资质要求：响应公司资质1、营业执照三证合一（副本）2、响应公司委托负责本次采购事宜人的授权委托书。3、负责本次采购事宜人的身份证复印件。**需提供最新三证合一的资质复印件。****需提供最新三证合一的资质复印件。****附件1：服务要求、商务需求****附件2: 报价单参考模板****附件3：服务/商务偏离表****特别说明：****特别要求：报名资料封面上必须注明项目名称、联系人、联系方式、邮箱号码等信息。****报名文件内需要包含：报名资料+报价单+服务/商务偏离表等。（只需要1份，请使用顺丰邮寄）** |

**附件1：**

一、移机服务要求

1、数量：1台，设备品牌：武汉市兴康，设备型号为：XK4000-X。

2、现场移机工程师需经过原厂培训或原厂授权，提供培训证书或相关能力资质证明。

3、供应商负责设备拆卸、安装、调试及性能验证，并提供设备安装所必需的专用工具,搬运和运输由院方负责。

4、保证设备移机后能正常使用，达到设备移机前的状态。

二、移机地点

从重医附属永川医院萱花院区移动至兴龙湖院区。

三、移机期限

7个工作日内完成移机。

四、质保期限

移机后3个月内正常使用（设备自身器件老化坏损或不可抗力等因素除外）。

五、其他要求

移机完成后，移机服务确认单需由设备科分管工程师和使用科室相关人员签字确认。移机后至少提供1次巡检服务，巡检报告需服务单位、使用科室和设备科工程师机签字确认。

六、付款方式

移机完成后，服务方提供合法有效的发票与相应的服务完成单据，经甲方审核后30个工作日内付款。

**附件2：**

**报价单参考模板**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **服务名称** | **价格（元）** | **备注** |
| XXX |  |  |
| **最终成交价：**  |
| **质保期：**  |
| **到货期：** |
| **备注：上述费用为包干总价，包括不限于软件使用费、人工费、服务费等费用** |

**商家联系方式：姓名+联系方式**

**经销商名称：**

**附件3：**

**服务/商务要求响应偏离表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **服务（商务）要求** | **响应情况（请据实描述）** | **差异说明** |
| 1 | \*\*\* |  |  |
| 2 | \*\*\* |  |  |
| 3 | \*\*\* |  |  |
| ... |  |  |  |

 供应商： 被授权人（签字）：

 （供应商公章）

 年 月 日

**注：**

**1、本表即为对本项目“附件1、功能及服务需求、商务要求”中所列要求进行比较和响应；**

**2、该表必须按照比选要求逐条如实填写，根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。**