**新昌县卫生健康局微诊室、自动药柜采购市场调研公告**

新昌县卫生健康局就微诊室、自动药柜采购项目进行市场调研，现将有关事项公告如下：

1、项目概况：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **设备名称** | **预算单价** | **数量** | **预算总价** | **设备具体要求** |
| 新昌县卫生健康局微诊室、自动药柜采购项目 | 微诊室 | 193000 | 2（台） | 386000 | 健康微诊室：可以进行自助的健康体检、在线问诊，检测项包括身高体重、人体成分、体温、血压、血氧、心电等，与本地HIS完成对接，实现医保卡挂号、处方药获取。自动药柜：与健康微诊室对接，获取健康微诊室处方药并完成自助取药 |
| 自动药柜 | 88000 | 1（台） | 88000 |

以上均含安装、调试、和售后服务等。

2、资格条件：

（1）必须符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的要求；

（2）具有与本项目相适应的服务能力；

3、凡符合上述要求的供应商均可参加市场调研，在公告上下载调研报名资料表，并于**2025年2月19日下午16:00时**前将电子版调研资料发送至邮箱794349438@[qq.com](http://qq.com/%22%20%5Ct%20%22_blank)。

4、调研资料

4.1.调研资料：报名表、公司情况介绍、公司相关资质证明文件、法定代表人资格证明文件、授权人资格证明文件、产品授权书、产品核心技术参数、与市场主流品牌对比表（参数、性能、占有率、价格等）、服务承诺书及保障措施、同类项目业绩表、彩页资料、报价单（含配置清单、备品备件报价单、配套耗材报价单等）、维保费、投标人认为需要提供的其他资料。

**4.2现场调研时间地点：暂定2025年2月21日上午9:00开展现场市场调研，地点：新昌县卫生健康局2楼会议室（如时间地点调整会另行通知）。**

4.3现场调研需带8份（1正7副）调研资料至现场。

5、供应商需同时参加微诊室、自动药柜两种设备市场调研，打包报送资料

6、采购单位联系人

新昌县卫生健康局 张先生 电话0575-86023049

7、公告发布媒体：浙江省政府采购网

 新昌县卫生健康局

 2025年2月12日

**附件 1**

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 调研项目编号及产品 |  |
| 单位名称 |  |
| 报名日期 |  |
| 报名人员 |  |
| 手机号码 |  |
| 邮 箱 |  |
| 浙江省用户名单 |  |
| 我单位同意按采购文件要求参加投标（报价）并提交资料。投标人（供应商）代表签字：  |

**附件2 格式文件**

格式一

**法定代表人身份证明书**

　 ｛姓名｝ 　，　｛性别｝　，　｛年龄｝　，　｛职务｝　，身份证号码： ，系　｛投标人名称｝ 的法定代表人。

特此证明。

　｛投标人名称｝　（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件粘贴处 |

格式二

**法定代表人授权书**

新昌县卫生健康局：

本授权书声明：我｛姓名｝系　｛投标人名称｝ 的法定代表人，现授权委托 ｛姓名｝ 为我公司全权代理人，身份证号码： ，以本公司的名义参加贵方组织的调研活动。代理人在调研过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人无转委权，特此委托。

法定代表人（签字）：

代理人（签字）：

　｛投标人名称｝　（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 代理人身份证复印件粘贴处 |

格式三

**新昌县卫生健康局微诊室、自动药柜采购项目报价单**

|  |  |
| --- | --- |
| 设备名称 |  |
| 规格型号 |  |
| 生产厂家 |  |
| 注册证号 |  |
| 报 价 | **微诊室** 元 （单价） |
| **自动药柜** 元（单价） |
| 质保年限 | **微诊室** 年**自动药柜** 年 |
| 使用年限 | **微诊室** 年**自动药柜** 年（提供清晰的设备铭牌截图或说明书截图） |
| 是否可以“医疗馆”交易 | □可以 □不可以 |
| 配置清单及产地品牌 | **名称** | **型号** | **产地品牌** | **数量** | **单价** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 优惠措施 |  |
| 备品备件清单及价格 | 配件名称 | 产地品牌 | 报价 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 出保后维保价格 | 元/年 |
| 质保期内免费保养次数 | 次/年 |
| 是否提供软件免费升级服务 |  |
| 能否提供设备停产后≥10备件供应期 |  |
| 同型号装机用户（三年内） |  |
| 售后服务 | 办事处地址： 人员配置情况： 响应及维修时间： 其他：  |

注：

1.以上报价包括设备、标准附件、专用工具、包装、运输、装卸、安装调试、培训、检测、验收、保修、税金、商检、保险、售后服务、备品备件、中标服务费等完成项目所需的全部费用。

单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式四

**同类项目业绩表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **供货时间** | **项目名称**  | **金额** | **实施情况** | **采购方单位名称** | **联系人姓名****联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**提供相应的销售合同复印件、用户联系方式并加盖询标供应商公章，原件备查。**

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式五

**投标单位情况介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标人全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业相关资质 |  | 营业执照编号 |  |
| 单位性质 |  | 隶属 |  |
| 主要业务 |  | 固定资产净值(万元) |  |
| 现有职工总人数 |  | 单位成立日期 |  |
| 法定代表人 | 1.姓名： 2.职务： 3.职称： |
| 联系方式 | 1. 地址：

 2.邮编： 3.电话： 4.传真： 5. 联系人：  |
| 开户银行 | 1、名称： 2、账号：  |

## 格式六

## 投标单位的服务承诺书及保障措施

 新昌县卫生健康局 ：

非常荣幸能参加贵处组织的 （填写具体调研设备） 项目的调研事宜，现我公司就相关服务作出如下承诺：

一、质量保证：

　　二、交货保证：

三、技术服务：

四、保障措施：

五、培训服务：

六、售后服务：

七、其他：

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日