**新昌县卫生健康局AED采购项目市场调研公告**

新昌县卫生健康局就心电图机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** | **备注** |
| 新昌县卫生健康局AED采购项目 | AED | 12800 | 80（台） | 1024000 | 需接入“浙里办”的“浙里急救”模块 |

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4月21日上午9:00时**前将电子版调研资料发送至邮箱：574628494@qq.com。

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，因涉及二次报价，请各供应商自行打印二次报价空白单，并加盖公章）、承诺书、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：另行通知。

4.3现场调研需带8份（一正7副）调研资料至现场。

5、采购单位联系人

新昌县卫生健康局 张女士 电话0575-86040567

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4月14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AED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 |  元 |
| 质保年限 |  年 |
| 使用年限 |  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 AED采购项目 的调研事宜，现我公司就相关服务作出如下承诺：

1. 所提供产品均严格符合国际/行业标准，出厂前均通过严格检测，并提供相关质量检测报告。

二、产品质保期内免费提供技术支持和理论培训，负责落实机器安装、相关制度制作并上墙以及配合AED点位挪动等相关工作。

三、质保期内质保内容包含一次性使用多功能电极片、锂锰电池等易损耗件替换等；如机器遗失无法追回，我公司无偿提供机器替补至正常使用；保修期内免费保养次数4次/年。

四、如产品遇质量问题，半小时内响应并初步出方案，2小时内现场维护，24小时内修改，如无法修改则提供备用机至修复完毕。

五、提供的AED包含挂式和立式，可根据使用条件供点位随机选择。

六、2025年新增 AED 点位必须接入“浙里办”的“浙里急救”模块，也须负责2024年已安装的93个点位接入“浙里办”的“浙里急救”模块。

七、按不少于1：10的比例赠送训练机。

八、对于安装在室外的机器，做好防晒防雨等配套设施配备，确保机器正常使用。

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