

常州市第三人民医院  
博士伦超声乳化手柄采购项目

# 单一来源采购文件

采购编号：常信采单[2020]002号

采购人：常州市第三人民医院（盖章）

代理机构：江苏信和工程建设管理房地产评估有限公司

日期：二〇二〇年十二月

# 目 录

第一章	谈判邀请
第二章	谈判须知
第三章	项目需求
第四章	合同主要条款
第五章	报价文件格式

## 第一章 谈判邀请

江苏信和工程建设管理房地产评估有限公司受常州市第三人民医院委托,对常州市第三人民医院博士伦超声乳化手柄采购项目进行单一来源采购,兹邀请供应商南京麦涛医疗器械有限责任公司参与报价和谈判。

- 1、采购编号:常信采单[2020]002号
- 2、项目名称:常州市第三人民医院博士伦超声乳化手柄采购项目
- 3、采购内容:

序号	品牌	产品名称	型号	数量
1	博士伦	超声乳化手柄	BL3170	6把

- 4、服务期限要求:合同签订后30日内完成安装调试验收。
- 5、采购文件获取时间:2020年12月17日17:00前。
- 6、采购文件获取地点:常州市武进区湖塘镇夏城中路29号华东机电城8#楼10楼1007室。
- 7、报价文件份数:正本壹份、副本贰份。
- 8、报价文件递交时间、地点:2020年12月22日14:00前,常州市武进区湖塘镇夏城中路29号华东机电城8#楼10楼。
- 9、谈判时间、地点:2020年12月22日14:00时,常州市武进区湖塘镇夏城中路29号华东机电城8#楼10楼,届时请参加谈判单位法定代表人或法定代表人委托人参与谈判。
- 10、谈判需递交的材料。
  - 1)营业执照副本和税务登记证副本(或“三证合一”的营业执照副本)或事业单位法人证书,复印件加盖公章;
  - 2)法定代表人资格证明书(法定代表人使用)或授权委托书(非法定代表人使用)(格式详见附件)
- 11、投标有效期:45天;
- 12、本项目预算价、最高限价均为:42万元;
- 13、联系方式:

### (一) 采购人

名称:常州市第三人民医院

地址:常州市兰陵北路300号

联系方式:0519-82009712

### (二) 采购代理机构信息

名称:江苏信和工程建设管理房地产评估有限公司

地址:常州市武进区湖塘镇夏城中路29号

项目联系人:吴工

电话:0519-89980195

## 第二章 谈判须知

### （一）总则

#### 1、适用范围

本采购文件适用于前文所述常州市第三人民医院博士伦超声乳化手柄采购项目。

#### 2、定义

- （1）“采购人”是指常州市第三人民医院。
- （2）“供应商”指按照本文件规定获得采购文件并参加采购谈判的供应商。
- （3）“采购代理机构”是指江苏信和工程建设管理房地产评估有限公司。

### （二）合格的供应商

- （1）供应商必须符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；
  - （2）具有有效营业执照或事业单位法人证书；
- 本项目不接受联合体投标。

### （三）时间安排

在采购文件规定的递交报价文件截止时间后，江苏信和工程建设管理房地产评估有限公司组织谈判小组与供应商就项目的价格、服务范围及要求等进行商谈。

### （四）报价文件的组成和顺序

1、供应商编写的报价文件应包括报价函部分和商务部分内容。有关文件的提交如未特别注明需提供原件的，可提供复印件。报价文件封面格式见格式1。

2、报价函部分（以下材料均需加盖供应商公章，必须提交，否则谈判无效）

（1）供应商声明函（格式2）。

（2）报价表

1）供应商的报价（报价表见格式3）。

2）供应商在报价时应充分考虑服务内的市场因素和成本变化状况的风险，一旦成交，所报的价格，即为合同价。

3）报价文件只允许一个报价，采购代理机构不接受任何有选择性的报价。

4）报价必须打印，各项目必须填写完整、准确，提供的资料需如实填报，必须加盖单位公章，并经法定代表人或委托代理人签字。

3、商务部分

(1) 有效营业执照或事业单位法人证书。

(2) 法定代表人资格证明书（法定代表人使用）或授权委托书（非法定代表人使用）。

#### **（五）报价文件的编制要求**

1、供应商应仔细阅读采购文件所有内容，按采购文件的要求提供报价文件，并保证所提供的全部资料的真实性及正确性，以使其报价文件对采购文件做出实质性响应，否则，其投标将被拒绝。

2、供应商必须依照采购文件提供的表式和要求制作。报价文件，供应商可以对表式按同样格式进行扩展。对于采购文件没有提供文件格式的，供应商可以自拟格式。

3、供应商按本采购文件的规定，编制报价文件“正本”一份、“副本”二份。报价文件正本和副本如有不一致之处，以正本为准。

4、报价文件正本与副本均应使用 A4 纸统一装订且均应使用不能擦去的墨水打印或书写，由供应商法定代表人或其授权委托人亲自签署并加盖法人单位公章。

5、报价文件应无涂改和行间插字，除非这些删改是根据采购代理机构指示进行的，或者是供应商造成的必须修改的错误，但修改处应由报价文件签字人签字证明并加盖印鉴，否则修改无效。

#### **（六）、报价文件密封和递交**

1、报价文件应于谈判邀请规定的时间之前递交至指定的地点。

2、报价文件需提供正本壹份、副本贰份，且须法人代表或授权代表签署。

3、报价文件应装入封袋，封面注明：采购文件编号、供应商名称、地址、电话，封口处加盖供应商公章。

4、唱标前，谈判小组先对投标单位报名时提供的材料复印件和对应的所有原件进行资格审核。若投标单位的原件不符合投标资格要求，则资格审查不通过，招标人将拒绝接受其报价文件。

#### **（七）、谈判**

1、谈判小组由采购人的代表和有关专家共三人以上的单数组成，其中专家的人数不得少于成员总数的三分之二。

2、谈判程序：

(1) 谈判小组对供应商进行资格审查，通过资格审查的供应商才能参加谈判；

(2) 谈判小组对报价文件进行符合性检查，确定报价文件是否实质性响应采购文件；

(3) 谈判小组所有成员集中与供应商进行谈判；

(4) 采购文件如有实质性变动的，谈判小组将以书面形式通知参加谈判的

供应商；

(5) 推荐成交供应商。

**(八)、报价文件出现下列情况之一的，将作为无效报价文件处理。**

- (1) 报价文件未按照谈判文件的要求标志、密封、盖章的；
- (2) 报价文件未按谈判文件规定的格式、内容和要求编制，报价文件字迹潦草、模糊、难以辨认的；
- (3) 通过资格审核的单位在名称上和法人地位上发生实质性的改变；
- (4) 供应商的法定代表人或委托代理人未参加谈判会议，或未携带有效证件的（身份证或法定代表人授权委托书、法定代表人身份证明书）；
- (5) 供应商提供虚假的证明材料；
- (6) 投标材料所述情况和所附相关资料不实的；
- (7) 逾期送达的报价文件；
- (8) 供应商的报价文件未实质性响应谈判文件；
- (9) 供应商资格审核时，若所带原件和复印件不符合供应商资格要求或未携带原件的；
- (10) 所报价格高于本项目的预算价或最高限价的；

**(九) 合同授予**

1、采购人向成交供应商发出成交通知书，成交通知书将作为合同的一个组成部分。

2、供应商应按成交通知书规定的时间、地点签订政府采购合同。合同签订7个工作日内，到江苏信和工程建设管理房地产评估有限公司备案。

### 第三章 项目需求

本项目为常州市第三人民医院博士伦超声乳化手柄采购项目，具体内容包括：设备的制造（采购）、运输、装卸、安装、调试、测试、售后服务、技术培训等，直至通过采购单位及其他相关部门的验收以及质量保修、免费维保等全部工作。

#### 一、采购清单

序号	品牌	产品名称	型号	数量
1	博士伦	超声乳化手柄	BL3170	6把

#### 二、技术参数

型号：BL3170

超声手柄类型：六晶片手柄

切口范围：1.8mm 至 2.8mm

冲程：0-150 微米

频率：28.5KHz

类型：浮动 BF 型连接

工作模式：编程级别 1、2、3：

连续超声，脉冲超声，固定脉冲超声，单一爆破超声，多重爆破超声。

仅限编程级别 3：

双线性超声，线性功率、线性脉冲超声，线性功率、线性占空比超声，双线性多重爆破超声，可变功率多重爆破超声，可变功率线性爆破超声。

特殊功能：超声时间：系统记录并显示超声时间，以 0.01 秒递增。

调节：系统提供单步调节，自行调谐为手柄的共振频率。

探针瞄准：系统提供探针瞄准检测系统，可使用波形超声。

#### 三、报价方式

本项目报价为固定总价，总价应包括采购文件所确定的采购范围相应货物和服务的供货、包装、运输、保险、安装调试、管理、维护、劳务、培训、验收、办公设备、设备、工具、耗材、运送工具及耗材、利润、风险、税金及政策性文件规定等各项应有费用，以及为完成该项货物或者服务项目所涉及的一切相关费用，采购人不再支付其他任何费用。本次报价还包括供应商办理与本货物相关的进口、运输、免税等手续所产生的费用。

报价货币为人民币，评审时以人民币为准。

#### **四、设备到货、安装、验收和培训**

交货期：合同签订后 30 日内。

1. 供应商到货、安装和调试必须事先与采购人联系，由采购人负责联系商检部门监督拆箱和验收货物并支付相关费用。设备到货后，采购人及时通知供应商，供应商接到通知一周内到达现场，负责设备的免费安装和调试。设备安装时，供应商必须事先与采购人的医疗器械科联系，并与医疗器械科共同参与。并解答采购人提出的问题。否则引起的一切责任由供应商承担。

2. 如供应商提供的设备设有维修软件密码，供应商应保证无条件的为采购人永久免费打开。

3. 设备安装、调试结束后，采购人对设备试用后进行验收（时间由甲、供应商双方商定），供应商免费派工程师到达现场协助验收工作，双方共同填写验收报告。

4. 在安装过程中或安装结束后，供应商工程师负责对采购人进行操作、保养和维修的培训，必要时需按照事先约定跟台手术。

5. 保修期自采购人验收合格之日算起

#### **五、质保期及售后服务**

1. 保修期内机器因同一故障经两次维修仍无法修复的，乙方负责包换；保修期外乙方对本设备终身负责维修。

2. 确保设备保修期内开机率为 95%。如设备故障停机率超过 5%（一年按 365 天计算，每年 18 天），每超过一天，保修期延长两周。

3. 如设备发生故障，乙方在接到甲方保修电话 2 小时内予以响应，24 小时修复完成，如果不能修复完成，公司提供样机确保甲方在维修期内工作正常进行。否则甲方可自行采取必要的措施，由此产生的风险和费用由乙方承担。如有特殊情况，乙方应立即电话通知甲方不能响应的原因，在获得甲方同意后，才可推迟响应时间。

4. 无论在保修期内还是保修期外，设备维修原则上由乙方上门维修。乙方工程师来我院维修本设备，必须事先与我院医疗器械科取得联系；在维修过程中与甲方工程师共同完成维修工作，否则由此引起的一切责任由乙方负责。

#### **六、付款方式**

安装调试完毕后付 30%，3 个月后付 60%，一年后付 10%。



## 第四章 采购合同（格式）

合同签订地点：常州市第三人民医院

合同编号：\_\_\_\_\_

甲方：常州市第三人民医院  
有限责任公司

乙方：南京麦涛医疗器械

地址：江苏省常州市兰陵北路 300 号

地址：南京白下路 9 号新  
万里广场 1021 室

电话：

电话：025-84506544

传真：

传真：025-84500424

邮编：

邮编：210001

经甲、乙双方协商，就乙方销售给甲方设备，特定立本合同

### 一、设备名称、型号、数量和价格：

商品名称	品牌、型号	产地	单位	数量	成交单价 (元)	成交总金额 (元)
超声乳化手柄	美国博士伦 BL3170	美国	个	6		
合计人民币金额(小写)： 元			合计人民币金额(大写)：			

注册证号：\_\_\_\_\_

注册证期限：\_\_\_\_\_

### 二、设备详细配置：

\_\_\_\_\_

### 三、售后服务和要求：

1. 保修期内机器因同一故障经两次维修仍无法修复的，乙方负责包换；保修期外乙方对本设备终身负责维修。**如售后服务临床不满意，将扣除部分尾款。**

2. 确保设备保修期内开机率为 95%。如设备故障停机率超过 5%（一年按 365 天计算，每年 18 天），每超过一天，保修期延长两周。

3. 如设备发生故障，乙方在接到甲方保修电话 2 小时内予以响应，24 小时修复完成，如果不能修复完成，公司提供样机确保甲方在维修期内工作正常进行。否则甲方可自行采取必要的措施，由此产生的风险和费用由乙方承担。如有特殊情况，乙方应立即电话通知甲方不能响应的原因，在获得甲方同意后，才可推迟响应时间。

4. 无论在保修期内还是保修期外，设备维修原则上由乙方上门维修。乙方工程师来我院维修本设备，必须事先与我院医疗器械科取得联系；在维修过程中与甲方工程师共同完成维修工作，否则由此引起的一切责任由乙方负责。

#### **四、到货时间：**

合同签订后 30 天。

#### **五、交货地点：**

甲方指定地点。

#### **六、付款方式和要求：**

安装调试完毕后付 30%，3 个月后付 60%，一年后付 10%。

#### **七、资质、质量要求及技术标准：**

1. 乙方须向甲方提供企业法人营业执照、税务登记证、医疗器械经营许可证（或医疗器械生产企业许可证）和代理证明，并确保所有证件真实有效。

2. 特别提醒条款：a、所提供医疗器械产品注册证必须真实有效；b、所提供设备上的中文品名、型号及产品说明书所注适用范围必须与医疗器械产品注册证所标明的完全一致；c、国产医疗设备上的铭牌必须标注医疗器械注册证号；d、进口医疗设备必须符合国家相关规定，进口手续齐备、途径合法；e、发票上所列品名与型号必须与合同所列品名与型号完全一致；f、其他未提及事项必须符合国家食品药品监督管理局的相关规定。以上条款必须满足，否则由此引起的一切责任由乙方负责。

3. 乙方保证向甲方提供的设备满足中国国家标准或相关行业标准。根据国家规定，如需要提供 3 c 认证证书和标记的设备及相关配置，必须提供上述证书和标记。

4. 乙方保证所供设备按规定材料和工艺制成、全新，并严格保持原包装，否则造成的一切损失由乙方负全部责任。

5. 乙方所供设备如验收不合格，根据甲方的要求，乙方必须无条件换货或退货，由此引起的一切损失由乙方承担。

6. 其他未提及事项必须符合国家食品药品监督管理局的相关规定。

以上条款必须满足，否则由此引起的一切责任由乙方负责。

#### **八、设备到货、安装、验收和培训：**

1. 乙方到货、安装和调试必须事先与甲方联系，由甲方负责联系商检部门监督拆箱和验收货物并支付相关费用。设备到货后，甲方及时通知乙方，乙方接到通知一周内到达现场，负责设备的免费安装和调试。设备安装时，乙方必须事先与甲方的医疗器械科联系，并与医疗器械科共同参与。并解答甲方人员提出的问题。否则引起的一切责任由乙方承担。

2. 如乙方提供的设备设有维修软件密码,乙方应保证无条件的为甲方永久免费打开。

3. 设备安装、调试结束后,甲方对设备试用后进行验收(时间由甲、乙双方商定),乙方免费派工程师到达现场协助验收工作,双方共同填写验收报告。

4. 在安装过程中或安装结束后,乙方工程师负责对甲方进行操作、保养和维修的培训,必要时需按照事先约定跟台手术。

5. 保修期自我院验收合格之日算起。

#### 九、违约责任:

1、依照《合同法》执行。

2、本合同未尽事宜,双方可协商解决,本合同、补充合同经签字盖章后与本合同有同等法律效力;

3、合同执行中当事双方发生纠纷,应协商解决,协商不成时可提请甲方所在地人民法院诉讼解决;

4、采购代理采购机构,根据甲方的授权代其采购确定乙方为中标单位,但不承担本合同规定的甲方的权利和义务。

5、本合同执行期间如遇不可抗力,致使合同无法履行时,双方应按有关法律规定及时协商处理。

6、本合同应按照中华人民共和国的现行法律进行解释,条款中如与国家规定、条例有抵触的,则该条款无效并按国家规定和条例执行,合同的其它条款继续有效。

十、本合同与投标文件内容互补,具有同等法律效力

十一、本合同一式伍份,甲、乙双方各执贰份,代理机构执壹份。

甲方(签章):

乙方(签章):

甲方授权代表:

乙方授权代表:

联系电话: 025-84506544

日期:

日期:

见证方:江苏信和工程建设管理房地产评估有限公司(盖章)

日期:

## 第五章 报价文件格式

格式 1: 报价文件封面

常州市第三人民医院博士伦超声乳化手柄采购项目

# 报 价 文 件

项目名称：常州市第三人民医院博士伦超声乳化手柄采购项目

采购编号：

供应商：

年 月 日

格式 2

## 供 应 商 声 明 函

致：常州市第三人民医院

我单位，对\_\_\_\_\_常信采单[2020]\_\_\_\_\_号)的采购文件、资料、现场条件等进行了仔细研究，决定参加本项目投标。

1、我单位愿意按照采购文件的一切要求，提供包括完成该项目的服务。投标报价见《投标报价表》。拟派项目负责人为\_\_\_\_\_。

2、如果我单位的报价文件被接受，我单位将严格履行采购文件中规定的每一项要求，按期、按质、按量履行合同的义务，并承担履行合同时产生的一切责任和风险。

3、我单位同意按采购文件中的规定，本报价文件的有效期为开标后 45 天。同时同意在有效期内严格遵守本报价文件的各项承诺。在此期限届满之前，本报价文件始终将对我方具有约束力，并随时接受成交。

4、我单位愿意提供采购方在采购文件中要求的所有资料。并保证其组成部分均是真实的、正确的，若有虚假和违背，我单位愿意承受由此产生的一切后果。

5、我单位认为你们有权决定成交供应商，还认为你们有权接受或拒绝所有的投标者。

6、我单位承诺该项投标在开标后的全过程中保持有效，不做任何更改和变动。

投标单位（盖章）：

单位地址：

电话：

传真：

法定代表人或委托代理人：（签字或盖章）

电话：

日期： 年 月 日

格式 3

## 报价表

供应商名称： \_\_\_\_\_ (盖章)

采购编号	
项目名称	常州市第三人民医院博士伦超声乳化手柄采购项目
总报价 (人民币元)	小写： _____ 大写： _____

本项目报价为固定总价，总价应包括采购文件所确定的采购范围相应货物和服务的供货、包装、运输、保险、安装调试、管理、维护、劳务、培训、验收、办公设备、设备、工具、耗材、运送工具及耗材、利润、风险、税金及政策性文件规定等各项应有费用，以及为完成该项货物或者服务项目所涉及的一切相关费用，采购人不再支付其他任何费用。本次报价还包括供应商办理与本货物相关的进口、运输、免税等手续所产生的费用。报价货币为人民币，评审时以人民币为准。

供应商（公章）： \_\_\_\_\_

法人代表（签名或盖章）： \_\_\_\_\_

报价人（法定代表人或授权委托人签名或盖章）： \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

## 报价明细表

商品名称	品牌、型号	产地	单位	数量	单价 (元)	总金额 (元)
超声乳化手柄	美国博士伦 BL3170	美国	个	6		
合计人民币金额(小写): 元			合计人民币金额(大写)			

报价单位 (盖章):

法定代表人或授权委托人 (签名):

日期:

格式 4

## 1、法定代表人资格证明书（法定代表人使用）

常州市第三人民医院：

本人（姓名）系（单位）的法定代表人。在项目采购的投标活动中，以我单位的名义参加投标报名、资格审查、签署投标书和投标文件、与招标人（或采购人）协商、签订合同书以及执行一切与此有关的事项。特此证明。

单位盖章：

法定代表人签名或盖章：

日期： 年 月 日

**注意事项：**需附加盖投标单位公章的法定代表人第二代居民身份证复印件（正反面）。

## 2、授权委托书（非法定代表人使用）

常州市第三人民医院：

本授权委托书宣告：本人（姓名）系（单位）的法定代表人，现授权委托（姓名）为我单位代理人，该代理人有权在（姓名）项目采购的投标活动中，以我单位的名义参加投标报名、资格审查、签署投标书和投标文件、与招标人（或采购人）协商、签订合同书以及执行一切与此有关的事项。

代理人在其权限范围及代理期限内签署的一切有关合同、协议和文件，我单位均予以认可并愿承担相应的法律责任。

委托期限：至本项目结束或新的授权委托书送到之日。代理人无转委托权。

被授权人签名或盖章：

单位盖章：

法定代表人签名或盖章：

日期： 年 月 日

**注意事项：**需附加盖投标单位公章的法定代表人第二代居民身份证复印件（正反面）和加盖投标单位公章的被授权人第二代居民身份证复印件（正反面）。



合格的供应商的资质证明材料

其他：供应商认为需提供的内容