附表1

**成飞医院电子血压计项目**

应

答

文

件

供应商名称：

项目编号：

目 录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 封面 | 格式详见附表1 |
| 2 | 目录 |  |
| 3 | 承诺函 | 格式详见附表2 |
| 4 | 供应商基本情况表 | 格式详见附表3 |
| 5 | 报价表、交货配置清单、耗材（试剂）及易耗品报价表 | 格式详见附表4、附表5、附表6 |
| 6 | 技术条款偏离表 | 格式详见附表7 |
| 7 | 商务条款偏离表 | 格式详见附表8 |
| 8 | 用户清单 | 格式详见附表9同时提供证明材料 |
| 9 | 资质证明材料 | 提供采购邀请函中供应商资质要求材料，其中：供应商法定代表人/负责人对授权代表的授权委托书格式及法定代表人/负责人、授权代表的身份证复印件详见附表10 |
| 10 | 供应商承诺函 | 格式详见附表11 |
| 11 | 其他资料 | 附表12（供应商认为需要提供的资料，如彩页、技术参数、售后服务承诺等） |

附表2

**承诺函**

致：成飞医院

我方根据贵院《成飞医院电子血压计项目采购邀请函》（项目编号：CFYYCG2024143）的要求，现正式授权 （代表人全名、职务）代表本公司参与询价及签订采购合同的工作，并以本公司名义处理一切与之有关的事务。

如果我方成交，我方愿与贵院达成本次采购项目的所有内容，并保证按贵院的要求及时履行合同责任和义务。

现对以下事项做出承诺：

1.我方承诺除偏离表列出的偏离外，我方响应该项目的全部要求。

2.本次应答文件有效期为自开启之日其 90 日，我方承诺在应答文件规定的响应有效期内不得撤销应答文件。

3.因我方发生的报价泄漏或错误操作而造成的不良后果，由我公司自行负责。

4.我方完全能够理解本公司可能由于种种原因不能成交，本函及报价表和贵方的成交通知书将构成约束我们双方的协议。

5.我方真实提供该项目要求的数据或资料。

6.我方已经详细审核提交的全部应答文件。

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表3

**供应商基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | | | | | 联系电话 | | |  |
| 网址 |  | | | | | 电子邮箱 | | |  |
| 组织结构 |  | | | | | | | | | |
| 法定代表人/  负责人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | |  |
| 技术负责人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | |  |
| 成立时间 | 年 月 日 | | | 员工总人数： | | | | | | |
| 企业资质等级 |  | | | 其中 | | 项目经理 | | |  | |
| 营业执照号 |  | | | 高级职称人员 | | |  | |
| 注册资金 |  | | | 中级职称人员 | | |  | |
| 开户银行 |  | | | 初级职称人员 | | |  | |
| 账号 |  | | | 技工 | | |  | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表4

报价表

## 货币单位：元（人民币）

| 产品名称 | 注册证名称 | 注册证号 | 型号/规格 | 生产厂家 | 单位 | 数量 | 单价  限价 | 单价 | 总金额 | 交货期 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 电子血压计 |  |  |  |  | 个 | 25 | 1800 |  |  |  |

备注：1.价格包含安装、调试、培训、维护、税费等各项相关费用。

**2.报价表中单价不能超过单价限价，否则应答文件视为无效。**

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表5

**交货配置清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 注册证名称 | 注册证号 | 型号/规格 | 生 产 厂 家 | 单位 | 单价 | 数量 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表6

## 耗材（试剂）及易耗品报价表

货币单位：元（人民币）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 注册证名称 | 注册证号 | 型号/规格 | 生产厂家 | 单位 | 数量 | 最高限价 | 挂网号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：报价须包括含材料费、人工费、管理费、税及所有费用

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表7

## 技术条款偏离表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 技术参数要求 | 响应情况描述 | 应答 |
| 3.1技术参数 |  |  |
| 3.1.1.测量原理：示波法； |  |  |
| 3.1.2.测量位置手腕式； |  |  |
| 3.1.3.测量腕围13.5～21.5cm； |  |  |
| 3.1.4.显示方式：高清大屏显示； |  |  |
| 3.1.5.测量范围：压力：0～299mmHg 脉搏数：40次/分～180次/分； |  |  |
| 3.1.6.测量精度：压力：±3mmHg 脉搏数：±5%； |  |  |
| ▲3.1.7.夜间自动测量：具备夜间测量模式和独立按键，可定时在夜间自动测量2次夜间血压（凌晨2点、凌晨4点），在定时四小时后自动测量第三次夜间血压； |  |  |
| ▲3.1.8.智能加压技术：血压计采用生物传感技术，可根据被测量者的血压情况自动调节加压的压力值。 |  |  |
| 3.1.9.测量内容：血压（收缩压、舒张压）、脉搏数； |  |  |
| ▲3.1.10.正确袖带佩戴提示：两种颜色灯光提示是否佩戴合适； |  |  |
| 3.1.11.不规则脉搏检测； |  |  |
| ▲3.1.12.具有误动显示提示； |  |  |
| ▲3.1.13.可记忆≥350组记忆值； |  |  |
| 3.1.14.压力检测：具备高精度压力传感器； |  |  |
| 3.1.15.蓝牙通信：可通过蓝牙将测量结果传输到智能设备，从而掌握血压的变化； |  |  |
| 3.1.16.小巧轻便，要求不带电池下，重量小于110g； |  |  |
| 3.1.17.具备收藏盒，外出携带方便； |  |  |
| 3.1.18.袖带使用期限：≥10000次； |  |  |
| ▲3.1.19.进液防护等级IP22； |  |  |
| 3.1.20.使用环境温湿度：+5℃～+40℃，15%RH～85%RH。 |  |  |
| ★3.2供应商需列出设备涉及到的所有一次性耗材及易损件价格，若无列出，设备所需的试剂、耗材、易损件视为免费提供。 |  |  |
| ★3.3单台设备配置包括但不限于：主机1台，袖带1个。 |  |  |
| ★4 其它要求 |  |  |
| 4.1如涉及耗材、试剂的： | | |
| 4.1.1如涉及耗材、试剂的，试剂、耗材属于四川省药械集中采购及医药价格监管平台采购范围内的，严格按照四川省政府办公厅《关于进一步完善药品和医用耗材集中采购制度的指导意见》（川药招（2020）62号）、《四川省医药机构医用耗材集中采购实施方案》（川医保规〔2021〕10号）等文件要求执行； |  |  |
| 4.1.2有效期：产品到院时，有效期应为产品有效期1/2及以上； |  |  |
| 4.1.3按照医院要求，与医院SPD集配商合作完成集中配送。 |  |  |
| 4.2硬件、软件： |  |  |
| 4.2.1采购的设备硬件包括标配硬件及技术参数描述设备功能所对应的  所有硬件，软件包括标配软件及技术参数描述功能所对应的所有软件包； |  |  |
| 4.2.2如涉及国家食品药品监督管理总局发布《医疗器械分类目录》（2017年104号）中“21医用软件”的需提供软件注册证（软件与设备共同注册的除外）； |  |  |
| 4.2.3软件为采购时最新最高版本，有升级版本时提供升级服务。（产生的费用包含在采购总价中）； |  |  |
| 4.3如涉及维修密码的，开放维修密码；（产生的费用包含在采购总价中）； |  |  |
| 4.4如为特种设备，验收前成交方提供特种设备使用相关手续（包括但不限于使用标志、登记证、登记表）；（产生的费用包含在采购总价中）； |  |  |
| 4.5如为计量设备，验收前成交方提供有效期内的由计量部门出具的合格的计量检定证书；（产生的费用包含在采购总价中） |  |  |
| 4.6如涉及与医院系统（包括但不限于PACS、HIS、LIS）连接的，成交方负责无缝连接；（产生的费用包含在采购总价中） |  |  |

备注：1.根据项目要求如实填写响应情况，如**虚假应答或直接复制“项目要求”，视为无效响应；**

2.在“应答”栏内填写“符合”“正偏离”“负偏离”。

3.★**号条款为实质性条款，如存在负偏差，应答文件视为无效。**

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表8

**商务条款偏离表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商务要求 | 响应情况描述 | 应答 |
| **1.履约要求** |  |  |
| 1.1 医院与供应商签订正式采购合同 |  |  |
| 1.2 供应商对医院签订《供应商诚信经营承诺书》，对服务质量作出承诺 |  |  |
| 1.3产品交付时，按照合同约定及国家标准、企业相关标准，按就高不就低的原则进行验收 |  |  |
| **2.交货期、交货地点及验收** | | |
| 2.1交货期:合同签订完毕接甲方通知后 30 个工作日内 |  |  |
| 2.2交货地点：乙方送货至甲方指定地点 |  |  |
| ★2.3验收要求：其他未尽事宜应严格按照医院《医学装备验收管理制度》要求验收。 |  |  |
| 2.4供应商负责现场施工、设备安装、货物运输中所发生的一切风险 |  |  |
| ★**3.售后要求** | | |
| 3.1免费保修期：免费保修期：≥2年(质保期内，包括但不限于软件升级、改版等服务，产生的费用包含在采购总价中))。质保期内第一年同一故障维修次数超过3次（含），院方有权要求成交方无条件免费更换合同约定的全新、原装的设备。 |  |  |
| 3.2成交方提供终身售后服务和技术培训支持。质保期内，提供7★24小时服务，接到报修电话后2小时内响应；如果不能电话指导解决故障的，8小时内赶到设备所在地维修；涉及零配件更换的，应在72小时（进口零配件应在23日）内（含节假日、运输时间）修复完毕，更换的零配件须为全新件、与原产品相同规格型号和品质。不涉及零配件更换的，应在24小时内修复完毕。 |  |  |
| 3.3保修期满后，维修一律实行先维修后付款，当次维修完成设备正常运行满3个月后收取维修费；成交方应继续提供技术支持和维修服务（配件和材料费由采购人按优惠价支付，不得高于《设备配置清单》提供的价格）。 |  |  |
| ★**4.支付方式** | | |
| 4.1验收合格并交付医院正常使用后，成交方向院方开具符合法律法规的合同总金额全额发票，院方付总货款30%，六个月内付总货款60%，余款一年后付清（不计利息）。 |  |  |
| 4.2因各种原因被各级行政执法部门调查的供应商，医院有权暂停付款并追究责任，直至问题解决。 |  |  |

**备注：**1.根据商务要求如实填写响应情况，如**虚假应答视为无效响应；**

2.在“应答”栏内填写“符合”“正偏离”“负偏离”。

3.★**号条款为实质性条款，如存在负偏差，应答文件视为无效。**

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表9

## 用户清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 签订日期 | 用户名称 | 项目名称 | 合同金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表10

**供应商对授权代表的授权委托书**

（供应商名称）的 （法定代表人/负责人）代表公司授权 （授权代表姓名）（职务）作为公司的合法代理人，负责此次 成飞医院电子血压计项目询价活动中的工作，并以本公司名义处理一切与之有关的事务。

|  |
| --- |
| （法定代表人/负责人身份证正反面复印件粘贴处） |

|  |
| --- |
| （授权代表身份证正反面复印件粘贴处） |

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人（签字）：

授权代表（签字）：

日期：

附表11

**供应商承诺函**

致：成飞医院

作为合法的经营企业， （供应商名称）完全具备成飞医院电子血压计项目服务能力；根据该项目要求，现郑重承诺如下：

一、本公司具备下列条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加本次院内采购活动前三年内，无重大违法违规记录，无商业贿赂不良记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件。

二、完全接受和满足本项目中规定的实质性要求，如对项目有异议，已经在应答文件递交截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对项目有异议的同时又参加询价以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、

管理关系的其他供应商参与同一合同项下的采购活动的行为。

四、参加本次采购活动，不存在和其他供应商在同一合同项下的采购项目中， 同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、未为“信用中国”网（www.creditchina.gov.cn）中列入失信被执行人和重大税收违法案件当事人名单的供应商。

六、应答文件中提供的能够给予医院带来优惠的任何材料资料和技术、 服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

七、如本项目采购过程中需要提供样品，则本公司如成交后，将要提供的产品质量与样品质量一致，本公司对提供样品的性能和质量负责，因样品存在缺陷或者不符合该项目要求导致未能成交的，本公司愿意承担相应不利后果。

八、本公司承诺给医院提供符合法律法规及合同约定的货物及服务，因货物及服务的质量原因造成的纠纷和医院损失由本公司承担全部法律和经济责任，保证在成交后，严格按照该项目的要求，提供全面、完善的服务，并郑重承诺不会为达成此项目同医院进行任何不正当联系，决不在采购过程中对经办机构或人员有任何商业贿赂或欺诈的行为。

如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，本公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：

附表12

**其他资料**