一、项目概括

1.项目名称：大理州第二人民医院2024年度智慧屏采购项目

2.采购数量19台

3.预算金额：¥355000.00元

4.最高限价：¥355000.00元

二、采购项目技术参数要求

详见附件1：智慧屏采购技术参数要求

三、采购项目商务条款要求

详见附件2：智慧屏采购商务条款要求

四、响应文件格式要求

**供应商名称（加盖公章）：**

**法定代表人或授权委托代理人（签字或盖章）：**

**联系电话：**

**供应商地址：**

**日期： 年 月 日**

**（一）项目总报价一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| **投标人** |  |
| **序号** | **项目名称** |  大理州第二人民医院2024年度智慧屏采购项目 | **备注** |
| 1 | 投标报价总价 | 小写： ，大写：  |  |
| 2 | 拟提供产品生产厂家、品牌及型号 |  |  |
| 3 | 交货时间（日历天） |  |  |
| 4 | 质保期 |  |  |
| 法定代表人或委托代理人（签字或盖章）： 投标人（盖公章）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月 日 |  |

注：投标人所报单价及总价均应包括采购过程中发生的各类设备及产品安装必备辅助材料和备品备件的采购费、包装费、运输费、安装调试费，以及开展本项目所需的人工费，差旅费，相关保险，税费，风险（不可预见费），技术服务、技术培训等全部相关费用。即凡投标人投标文件中承诺或涉及的或者是完成本设备交付使用必需的费用，投标人为完成本项目交付使用漏报的费用，均视为已包括在投标总报价或相应项目的单价中。

**（二）项目分项报价一览表**

项目名称：

 单位：元

| 序号 | 设备称 | 生产厂家 | 规格和型号 | 单位 | 数量 | 单价 | 总价 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、如果按单价计算的结果与总价不一致，以单价为准修正总价；2、如果不提供详细分项报价将视为没有实质性响应采购要求，其投标文件无效。

投标人（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**（三）技术参数响应表**

| 序号 | 采购方技术参数要求 | 供应商响应技术参数 | 偏离情况 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

请供应商根据产品参数实际情况，实事求是填写本表格，若供应商响应技术参数优于采购方技术参数的，偏离情况填写“正偏离”；若供应商响应技术参数等于采购方技术参数的，偏离情况填写“无偏离”；若供应商响应技术参数低于采购方技术参数的，偏离情况填写“负偏离”。

**特别说明：若供应商响应技术参数直接复制粘贴采购方技术参数，偏离情况填写：无偏离，涉及技术参数中必须按要求提供相应的技术证明材料，不提供或提供不齐全的，视为不响应技术参数要求，采购方按负偏离处理。**

投标人（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**（四）检测报告或证明材料**

**包括但不限于产品彩页、说明书、技术参数证明佐证材料及有资质第三方有效检测机构出具的检测报告等材料。**

**特别说明：涉及参数中必须按要求提供相应的技术证明材料，不提供或提供不齐全的，视为不响应技术参数要求，采购方按负偏离处理。**

**（五）产品详细技术参数配置清单（作为验收清单，禁止提供虚假配置应标）**

**（六）法定代表人身份证明书**

投标人名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （投标人名称）的法定代表人（负责人）。

特此证明

投标人： （盖单位公章）

日 期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **附：法定代表人身份证复印件正面** | **附：法定代表人身份证复印件背面** |

**（七） 法人代表授权委托书（法人参加投标时无需提供此表）**

本授权书声明：本授权委托书声明：我 （姓名） 系 （供应商名称） 的法定代表人，现授权委托我单位的 (姓名)为我公司代理人，以公司名义参加大理州第二人民医院2024年度智慧屏采购项目的采购活动。代理人在本项目投标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我方均予承认。

代理人无转委托权。

法定代表人（签字或盖章）：

投标人全称：（盖单位公章）

日 期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 附：  |   |
| 委托代理人（签字或盖章）： |  |
| 职 务： |  |
| 身份证号码： |  |
| 详 细 地 址： |  |
| 电 话： |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **附：委托代理人身份证复印件正面** | **附：委托代理人身份证复印件背面** |

**（八）报价响应承诺书**

致：大理州第二人民医院

 我公司提供报价响应文件均真实有效，未弄虚作假。我方一旦中标，若报价响应文件所提供的产品技术参数未满足采购人需求的，视同我公司提供虚假材料谋取中标，我公司愿放弃中标资格，并自愿接受上级财政部门处罚。

我公司承诺，为保证采购人的合法权益，在供应商报价结束后2个工作日内提供正规渠道进货证明、有资质第三方相关检测报告加盖原厂商公章扫描件发送到采购人指定邮箱（邮箱：zcb2125928@126.com），未在规定时间内提供书面材料，视为供应商虚假应标，自动放弃成交结果。供应商提供资料经采购人确认合格后，5个工作日内采购人有权要求中标人提供样机演示对技术参数中的功能要求进行逐一验证，确保中标人提供的产品真实符合产品参数要求，全部验证通过后方可执行合同签订流程。如果我公司不能满足上述要求，同意采购人将本项目作废标处理，同意采购方将我公司列入“黑名单”，同时愿意接受上级财政部门作出相应惩罚。

我公司严格按照需求中采购附件要求制作询价响应文件，并加盖公章扫描上传政府采购云平台，若我公司出现资料缺失、未加盖公章或未按要求编制响应文件等情况的，视为响应文件无效，同意其在线报价将被否决，并愿意接受上级财政部门给予处罚。

投标人（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**（九）售后服务能力介绍及售后服务方案**

**（格式自拟）**

**（十）承担本项目的相关承诺及保证措施**

**（格式自拟）**

**包含但不限于以下内容：**

**1.合同履行及期限保证承诺；**

**2.质量保证、货物交付安装调试等承诺；**

**3.违约承诺；**