**市疾病预防控制中心**

**试剂询价采购文件**

我中心需要采购一批试剂，依据政府采购有关规定，中心决定进行公开询价，欢迎有资质的供应商参加报价。

一、**采购内容及方式**

1.备案编号：[2020]001514号

2.采购内容: 见附件1。

3.采购方式：询价采购。根据《鄂州市疾病预防控制中心药械采购工作流程》文件要求由疾病预防控制中心相关科室组成单数询价小组，对供应商回复的询价文件进行现场拆封和评议。根据符合采购需求、质量和技术参数相等且报价最低的原则确定中标供应商。若符合采购需求、质量和技术参数且报价最低供应商多于1家，则采用抽签方式确定1家供应商。

4.预算金额：人民币20000.00元。

供应商报价不得超过预算金额及最高限价，否则视为无效文件。

5.送货时间：签合同后5个工作日内分批送达指定地点。

6.货物必须为全新、未使用过的合格产品，质量达到国家相关标准、行业标准、地方标准或者其他标准、规范。供应商供货时应当提供有关货物的合格证明材料等。

**二、供应商资格及要求**

1.供应商应具备《政府采购法》第二十二条规定的条件。

2.供应商必须符合《医疗器械监督管理条例》的规定，须取得国家药品监督管理部门颁发的医疗器械经营许可证；
 供应商所投产品如属医疗器械管理的，应当具备食品药品监督管理部门出具的医疗器械产品注册与备案的证明材料；第一类医疗器械实行产品备案管理（第一类医疗器械生产备案凭证）；第二类、第三类医疗器械实行产品注册管理（医疗器械注册证），且以上医疗器械产品注册与备案的证明材料均在有效期内，国家另有规定的从其规定。

3.供应商所投产品如属危险化学品，应当具备相关经营许可证，且所投产品在其经营范围之内，许可证在有效期内。

4.供应商参加本采购活动前三年内未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)失信被执行人、重大税收违法案件当事人、政府采购严重违法失信行为记录名单和“中国政府采购”网（www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为记录名单。

**三、接收投标文件时间及截止时间**

接收投标文件截止时间：2020年6月10日下午17：30。

**四、接收投标文件地址**

文件接收地址：鄂州市凤凰街道古城路86号（鄂州市疾病预防控制中心生物办）

文件接收人：罗主任，电话：0711-3380602

**五、开标时间及地点**

1.开标时间：2020年6月11日上午10：00。

2.开标地点：鄂州市疾病预防控制中心三楼会议室。

3.联系电话：0711-3380602。

**六、询价响应文件组成**

1.封面、目录

2.采购询价单（按附件格式）；

3.法定代表人代表授权书（按附件格式）；

4.营业执照（复印件加盖公章）、医疗器械经营许可证、备案凭证及其它相关证件（复印件加盖公章）；

5.其它证明文件：（1）供应商未被列入“信用中国”网站失信被执行人名单；（2）供应商未被列入重大税收违法案件当事人名单；（3）供应商未被列入政府采购严重违法失信名单的证明文件（信用中国、中国政府采购网查询截图）。证明文件均需加盖公章。

6.技术参数偏差表；

 7.其它相关材料。

**七、注意事项**

  1.供应商按询价文件要求逐一进行响应，询价响应文件一式三份，密封并加盖公章。

2.密封文件封面请标注：报价文件及备案编号。

3.在规定的时间内送达。已递交文件恕不退还，逾时送达的报价文件恕不接受。

4.投标文件须严格按询价响应文件组成顺序装订。不按要求装订的投标文件视为无效文件。

5.复印件要求字迹清晰，字迹不清楚无法辨认的视为无效文件。

附表1  **鄂州市疾病预防控制中心采购需求表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名 称 | 规 格 | 数 量 | 单位 | 单价最高限价（元） | 备注 |
| 1 | 冻干人尿中碘成分分析标准物质 | 3瓶/套 | 3 | 套 | 670 | 一套三瓶不同浓度 |
| 2 | 水中碘成分分析标准物质 | 2瓶/套 | 3 | 套 | 750 | 一套两瓶不同浓度 |
| 3 | 食用盐中碘成分标准物质 | 3瓶/套 | 3 | 套 | 750 | 一套三瓶不同浓度 |
| 4 | 高锰酸盐指数溶液测试试剂 | 50管/盒 | 8 | 盒 | 1685 | 配套HACH DRB200、DR1900使用 |

**法定代表人授权书**

鄂州市疾病预防控制中心：

兹授权 同志为我公司参加贵中心组织的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_询价活动的全权代表人，全权代表我公司处理在该项目活动中的一切适宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）

签发日期： 年 月 日

授权代表（签字）：

职 务： 联系电话：

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证（复印件） |
| 粘贴被授权人身份证（复印件）  |

**鄂州市疾病预防控制中心采购询价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 规格、型号 | 制造商名称 |  数量 | 单价（元） | 金额（元） | 质保期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

投标供应商法定代表人或法定代表人授权代表签字：

投标供应商名称(签章)： 时 间： 年 月 日

**鄂州市疾病预防控制中心采购采购技术参数偏差表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 询价文件要求 | 投标文件响应内容 | 偏离情况 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| …… |  |  |  |

技术参数部分须逐一填写本偏差表。

投标供应商保证：投标文件中的响应的技术参数与实物的技术参数相符。