**附件3**

**供应商须知**

**一、技术要求**

合同包一内的试剂、耗材应适用于希森美康（型号：XN-10X）全自动血细胞分析仪。

**备注：以上试剂、耗材技术参数及性能为基本技术参数，为采购人最低需求。谈判供应商必须全部满足，谈判时对这些条款若有负偏离响应，按无效谈判处理。**

**谈判产品须符合国家标准及国家相关强制性要求。**

**二、商务要求**

1.供应商所提供的检验试剂和耗材为生产厂家原产、原包装产品，质量符合相关标准、规范要求，具有国家规定必备的资质证书，符合有关法律法规规定的质量标准。所提供产品必须是在使用有效期内的、通过正常合法渠道进货的全新未使用的合格产品。

2.中标供应商应能保证在接到订货需求后，应在5个工作日内将采购方所需产品免费送达采购方指定地点，紧急情况下48小时内配送到位，提供给采购方的产品外包装须完好无破损。

3.中标供应商不得以任何理由拒绝或延迟送货（不可抗力因素除外）。

4.供应商提供的产品剩余有效期必须在6个月以上。在产品有效期内，一旦出现质量问题，供应商及时给予免费更换；产品在有效期内可无条件退货，过期的产品可无条件退货。供应商应响应本次采购售后服务要求并在投标文件中提供详细具体的售后服务条件及保证。也可视自身能力在投标文件中提供更优、更合理的售后服务承诺。

5、中标供应商应于供货后1个月内，有计划性安排我院现用设备与本次供应货物的性能验证。

6.谈判报价：

6.1 谈判报价是指谈判供应商根据招标要求需要提供的货物和服务总价格，包括包括但不限于包装、运输、安装服务、税收、售后服务、退换、质保期内维修费用以及本次招标要求中约定的所有费用，本次报价方式为最高限价的的折扣率（折扣率‌是指价格减让与最高限价的百分率）。

6.2 谈判供应商对同一合同包只允许有一个折扣率报价，招标方不接受有任何选择的报价。

6.3 各谈判供应商报价时应综合考虑日后属政策性调整、各种材料市场价格的浮动等因素造成的货物价格变动，上述价格涨价变动不予调整。

**备注: 以上商务要求为采购人最低需求。谈判供应商必须全部满足，谈判供应商可提供更优的服务参与谈判。**

**三、投标文件的组成**

投标文件应包含以下内容（一式贰份：**正本壹份和副本壹份，加盖公章**装订成册并密封）：
 1.投标承诺函（详见示例1）；

2.投标报价表（详见示例2）；

3.技术和商务偏离表（详见示例3）；

4.供应商资格证明文件（营业执照副本复印件、税务登记证副本复印件或统一社会信用代码营业执照副本复印件、医疗器械经营/生产许可证或第二类医疗器械经营备案凭证复印件）；

5.供应商相应的法定代表人身份证正反两面复印件；

6.供应商代表的授权委托书原件（详见示例4）、委托代理人的身份证正反面复印件（委托代理时必须提供）；

7.售后服务承诺书；投标供应商可自行拟定供货的服务方案；

8.参加采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录书面声明（详见示例5）；

9.属于医疗器械的产品提供相应、完整且有效的《医疗器械产品注册证》及其附表或新版医疗器械注册证或备案凭证复印件；

10.投标产品生产厂家对应的资质文件（三证一照等）；

11.近三年福建省内外二级以上医院用户名单，提供部分发票或合同复印件；

12.试剂、耗材的生产厂家出具的适用、质量保证书；

13.投标人认为需加以说明的其它内容。

**四、谈判标准与方法：本次谈判采用最低评审价法，即符合采购需求、质量和服务相等且报价最低的原则确定成交供应商。**

（一）对所有供应商都采用相同的程序和标准。

（二）谈判标准与方法：

1、谈判小组对供应商进行资格性审查和符合性审查。

2、谈判小组对供应商提供的产品资料进行审查，审查内容包括产品的技术参数、售后服务等是否满足要求。

3、谈判小组与实质性响应相应产品技术要求及商务要求的供应商进行谈判。未实质响应要求的按无效处理，谈判小组应当告知有关供应商。

4、本次采购项目不少于两轮谈判，供应商的投标文件中的报价为第一轮谈判，谈判小组与每个供应商必须进行一对一相同轮次的谈判。经过谈判后，各供应商需进行二次报价，报价函需经法人代表或授权代表人签字确认，密封后提交到谈判小组。

5、谈判小组从质量和服务均能满足要求的供应商中，按照最后报价由低到高的顺序提出成交候选人，最后报价最低者中选。第二轮报价若出现并列相同的最低报价，则最低报价相同的供应商再次报价，直至最后报价最低者中选。

6、供应商进行最后报价（第二次报价）不得高于第一次报价，否则报价无效，以第一次报价为有效报价。

**五、说明事项：**

1.合同有效期：本次招标项目签订合同有效期36个月。

2.采购人按中标确定的产品信息，包括生产企业、规格型号、供货单位及中标价格分批次下达采购订单。中标人按照约定将产品配送至采购人指定地点，且不得对采购人在合同周期内单次或累计采购量有任何要求。

3.供应商所提供的试剂、耗材须适合院方相应的设备使用，若供应商所提供的试剂、耗材在使用过程中，导致设备产生非人为机械故障或导致设备维修率或检测报告错误率增加，院方有权单方面终止合同且供应商须负相关赔偿责任。

4.中标供应商在签订合同前应先提供中标产品给院方试用。若产品无法匹配相应设备使用，则取消供应商中标资格。

5.各品种如遇市场价格低于中标价的，必须按照降价供应。

6.执行过程中如遇政府实行统一采购，则按政府相关规定执行，本院与供应方的合同同时失效。

示例1

**投标承诺函**

**致：泉州市第三医院**

根据贵方为 项目（项目编号： ）的招标邀请，本签字代表（全名、职务） 获得正式授权并代表供应商（供应商名称） 提交本次投标文件。

据此函，签字代表宣布同意如下：

1.所附详细报价表中规定的应提供和交付的货物及服务报价（国内现场交货价）详见投标报价表。

2.我方已详细审查全部招标内容，包括有关附件等，将自行承担因对全部招标内容理解不正确或误解而产生的相应后果。

3.我方保证遵守《供应商须知》及采购公告的全部规定，我方所提交的材料中所含的信息均为真实、准确、完整，且不具有任何误导性。我方所提供的资质材料在投标文件中是不可拆卸的。如发现所提供材料不全，责任由本公司自负。

4.我方将按《供应商须知》及采购公告的规定履行合同责任和义务。

5.如果我方产品中标，我方将在规定时间内签署购销合同及相关协议，并按照产品采购方的要求，按时配送中标产品，确保产品采购合同的履行。我方对报价产品的质量安全、货源保证、及时配送等承担全部责任。我方理解并接受，如我方未能对采购方临床使用产品进行及时配送或出现采购合同所约定的有关违约行为，采购方有权取消我方相应产品的中标资格。

6.与本招标项目有关的一切正式往来通讯请寄：

地 址：

电 话： 传 真：

供应商代表（签字）： 联系电话：

供应商（盖公章）：

日 期： 年 月 日

示例2

 **投标报价表**

项目编号：HCCG-2025003

项目名称：泉州市第三医院检验试剂、耗材采购

货币单位：元人民币

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **合同包** | **品目号** | **产品名称** | **规格** | **单位** | **限价** | **折扣率** | **折后单价** | **生产厂家** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

填写说明：

1. 折扣率‌是指价格减让与限价的百分率。例如，折扣率5%意味着成交价格是限价的95%。计算公式为：折后单价= 限价 × (1 - 折扣率)。例如，限价为100元，折扣率为5%，则成交价格为95元。
2. 折后单价**取整数**，**小数全部舍去**，例如99.99元，计为99元。**若折后单价小于0.01元，则按0.01元计。**
3. 中标供应商于中标后应详细换算出单项的中标价与采购单位签定合同。

供应商（盖公章）：

供应商代表（签字）：

日 期： 年 月 日

示例3

**三、技术和商务偏离表**

项目编号：HCCG-2025003

项目名称：泉州市第三医院检验试剂、耗材采购

谈判供应商名称：（全称并加盖公章）

**技术要求偏离表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 品目号 | 品名 | 《供应商须知》规定的技术参数要求 | 响应文件实际响应 | 是否偏离及说明 |
| 一 | 1-1 |  |  |  |  |
| 1-2 |  |  |  |  |
| 1-3 |  |  |  |  |
| 1-4 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

**商务要求偏离表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 序号 | 《供应商须知》规定的商务要求 | 响应文件实际响应 | 是否偏离及说明 |
| 一 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**★注意：**投标供应商应根据《供应商须知》“**一、技术要求**”及“**二、商务要求**”，在本表中把《供应商须知》规定的要求与响应文件实际响应内容**逐项详细**对应列出，**对于招标要求中“大于(或小于)等于”等某个区间值范围内的规格或技术配置，投标供应商在实际响应必须明确具体数值或配置，**并在“偏离说明”项目填写以下内容：优于的，填写“正偏离”；符合的，填写“无偏离”；低于的，填写“负偏离”。

谈判供应商代表签字：

日 期： 年 月 日

示例4

 **法定代表人授权书**

**泉州市第三医院**：

（供应商全称） 法定代表人 授权（供应商代表姓名） 为供应商代表，代表本公司参加贵院组织的 项目（项目编号： ）招标活动，全权代表本公司处理招标过程的一切事宜，包括但不限于：投标、参与开标、签约等。供应商代表在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，本公司均予以认可并对此承担责任。供应商代表无转委权。特此授权。

授权有效期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

法定代表人： 身份证号： 联系电话：

供应商代表： 身份证号： 联系电话：

授权方

供应商（盖公章）：

 法定代表人（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

接受授权方

供应商代表（签字）：

日 期： 年 月 日

附：法定代表人和被授权人合格有效的身份证正、背面复印件。

示例5

**参加采购活动前三年内在经营活动中**

**没有重大违法记录书面声明**

致泉州市第三医院：

参加采购活动前三年内，我方在经营活动中没有重大违法记录。

特此声明。

★注意：

1、“重大违法记录”指供应商因违法经营受到刑事处罚或责令停产停业、吊销许可证或执照、较大数额罚款等行政处罚。

2、请供应商根据实际情况进行声明，若声明不真实，视为提供虚假材料。

供应商代表（签字）：

供应商名称（盖公章）：

日  期：     年    月    日