

厦门中实-竞争性谈判-2024-ZS1341-口腔颌面曲面体层 X 射线机-采购公告	
采购项目编号:	2024-ZS1341
采购人名称、地址和联系方式:	<p>采购人名称: 厦门医学院附属口腔医院 地址: 福建省厦门市湖里区吕岭路 1309 号 联系电话: 0592-2678513</p>
采购代理机构名称、地址和联系方式:	<p>采购代理机构名称: 厦门市中实采购招标有限公司 地址: 厦门市湖滨南路 57 号金源大厦 18 楼 联系电话: 胡小姐 0592-2297859</p>
采购项目名称:	口腔颌面曲面体层 X 射线机
采购方式:	竞争性谈判
项目主要内容(数量、简要规格描述或项目基本概况介绍):	口腔颌面曲面体层 X 射线机, 1 台
采购项目预算金额:	40 万元
供应商资格要求:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 若供应商代表为单位负责人授权的委托代理人, 应提供单位负责人授权书。 2. 供应商应为法人、其他组织或自然人, 并提供营业执照等证明文件。 3. 提供财务状况报告(财务报告、或资信证明)。 4. 提供依法缴纳税收证明材料。 5. 提供依法缴纳社会保障资金证明材料。 6. 具备履行合同所必需设备和专业技术能力的声明函(若有)。 7. 参加采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录、无行贿犯罪记录的书面声明。 8. 经信用记录查询, 供应商无不良信用记录。 9. 本项目不接受联合体参加采购活动。 10. 本项目不允许合同分包。 11. 按照谈判文件规定提交谈判保证金。 12. 供应商必须提供报价设备的医疗器械注册证书及其附页(若有)或医疗器械备案证明材料的有效复印件。 13. 供应商必须根据报价医疗器械的类别, 提供其医疗器械经营许可证或医疗器械经营备案证明材料或医疗器械生产许可证的有效复印件。

	<p>14. 其他：本项目基本资格条件采取“信用承诺制”，供应商提供资格承诺函（格式见谈判文件第五章）的即可参加采购活动，在响应文件中无需提供财务状况报告、依法缴纳税收和社会保障资金的相关证明材料。</p>
<p>获取采购文件时间、地点、方式：</p>	<p>(1) 时间：即日起至 2024 年 8 月 26 日 18:00；</p> <p>(2) 地点：在线获取；</p> <p>(3) 获取方式：请前往厦门中实电子采购招标服务平台（www.zczpt.com）注册并获取采购文件，否则不具备参加本项目采购活动的资格。本项目平台使用费 100 元人民币。</p> <p>(4) 平台使用费的发票开具方式：将转账截图、及项目编号、及开票信息发送至 2841517676@qq.com，并致电 0592-2202255，2207755 确认。</p>
<p>响应文件提交：</p>	<p>截止时间：2024 年 8 月 27 日 09: 00</p> <p>提交地点：厦门市湖滨南路 57 号金源大厦 18 楼服务台</p> <p>提交方式：提交纸质响应文件。</p>
<p>采购项目联系人姓名和电话：</p>	<p>联系人：胡小姐、叶小姐</p> <p>电话：0592-2297859，2202255</p>