

东营市中医院直肠测压仪采购项目
(招标编号: HYHADY2023-0093)

项目所在地区: 山东省, 东营市, 市辖区

一、招标条件

本东营市中医院直肠测压仪采购项目已由项目审批/核准/备案机关批准, 项目资金来源为国有资金22万元, 招标人为东营市中医院。本项目已具备招标条件, 现招标方式为其它方式。

二、项目概况和招标范围

规模: 详见附件

范围: 本招标项目划分为1个标段, 本次招标为其中的:

(001) 东营市中医院直肠测压仪采购项目;

三、投标人资格要求

(001 东营市中医院直肠测压仪采购项目) 的投标人资格能力要求: 详见附件;

本项目不允许联合体投标。

四、招标文件的获取

获取时间: 从2023年12月11日 08时30分到2023年12月15日 17时30分

获取方式: 详见附件

五、投标文件的递交

递交截止时间: 2023年12月21日 14时00分

递交方式: 东营市东营区红河路219号海通创客中心1号楼402室纸质文件递交

六、开标时间及地点

开标时间: 2023年12月21日 14时00分

开标地点: 东营市东营区红河路219号海通创客中心1号楼402室

七、其他

详见附件东营市中医院直肠测压仪采购项目竞争性磋商公告

八、监督部门

本招标项目的监督部门为/。

九、联系方式

招 标 人：东营市中医院

地 址：东营区北二路107号

联 系 人：蒿女士

电 话：0546-8811786

电子邮件：/


招标代理机构：海逸恒安项目管理有限公司

地 址： 东营市东营区红河路219号海通创客中心1号楼422室

联 系 人： 董女士

电 话： 0546-8329908

电子邮件： hyhady@163.com

招标人或其招标代理机构主要负责人（项目负责人）： （签名）

招标人或其招标代理机构： （盖章）

附件：

东营市中医院直肠测压仪采购项目竞争性磋商公告

项目概况

东营市中医院直肠测压仪采购项目的潜在供应商应到海逸恒安项目管理有限公司获取竞争性磋商文件，并于2023年12月21日14时00分（北京时间）前提交响应文件。

一、项目基本情况

项目编号：HYHADY2023-0093

项目名称：东营市中医院直肠测压仪采购项目

预算金额：22万元

最高限价：22万元

采购需求：本项目采购直肠测压仪1套，设备需配备肛肠动力主机、压力换能器、水灌注装置系统及附属配件等。具体需求内容详见磋商文件。

合同履行期限：详见磋商文件。

二、申请人的资格要求：

（一）供应商必须是在中华人民共和国境内注册的具有独立承担民事责任能力的单位；

（二）供应商具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（三）供应商具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（四）供应商具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）供应商必须具备国家相关部门核发的相应医疗器械经营许可资质；

（六）供应商所投医疗器械产品必须具有国家主管部门核发的相应产品的医疗器械注册证或第一类医疗器械备案凭证；

（七）供应商近三年无不良信用信息记录【递交响应文件截止时间后，采购人、采购代理机构负责现场查询，以采购人、采购代

理机构通过“信用中国”网站对供应商信用信息查询记录为准。对列入失信被执行人、重大税收违法失信主体的供应商，拒绝其参与采购活动（被列入失信被执行人、重大税收违法失信主体但已过限制期的除外）】。

（八）本项目不接受联合体报名。

三、获取磋商文件

1、时间：2023年12月11日至2023年12月15日，每天上午8:30至11:30，下午14:00至17:30（北京时间，法定节假日除外）。

2、方式：凡有意参加磋商者，请于规定时间内将报名所需证件清晰的扫描件【①营业执照副本；②国家相关部门核发的相应医疗器械经营许可资质；③所投医疗器械产品提供国家主管部门核发的相应产品的医疗器械注册证或第一类医疗器械备案凭证；④如法定代表人报名时，须提供法定代表人身份证；如法定代表人委托代理人报名时，须提供法定代表人亲自签名（或印鉴）并加盖供应商公章的授权委托书及委托代理人的身份证】发送至代理公司邮箱（邮箱：hyhady@163.com，**邮件主题：东营市中医院直肠测压仪采购项目报名资料+供应商电话**）。

供应商报名时的资料查验不代表资格审查的最终通过或合格，供应商最终资格的确认以磋商小组组织的资格后审为准。

3、售价：每份人民币300元，售后不退。

四、响应文件提交

截止时间：2023年12月21日14时00分（北京时间）

递交地点：东营市东营区红河路219号海通创客中心1号楼402室

五、开启

1、时间：2023年12月21日14时00分（北京时间）

2、地点：东营市东营区红河路219号海通创客中心1号楼402室

六、公告期限

2023年12月11日至2023年12月15日。

七、其他补充事宜

无

八、凡对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

1、采购人信息

名称：东营市中医院

地址：东营区北二路107号

联系人：蒿女士

联系方式：0546-8811786

2、采购代理机构信息

名称：海逸恒安项目管理有限公司

地址：东营市东营区红河路219号

联系人：董女士

联系方式：0546-8329908