**附件1：**

# 蛇牌脑动力开颅系统马达线缆维修服务

# 采购项目需求书

一、项目名称：蛇牌脑动力开颅系统马达线缆维修服务（第二次）采购项目

★二、预算总金额：1.45万元。（最高限价：1.35万元）

★三、维修要求：

蛇牌脑动力开颅系统（设备型号：GD670）开机接上线缆、马达手柄、磨头后，使用主机上报5号错误。要求维修后设备能正常运行，若需更换配件，则需提供原厂配件。

四、评审办法：采用最低价评标法，符合本需求书所有实质性要求且价格最低者中标。

**★五**、商务要求

1、服务期及地点

1.1 服务日期：合同签订生效后，在接收到采购人通知的前提下5日完成维修更换调试，并交付采购人验收。

1.2 服务地点：内江市第二人民医院指定地点。

2、付款方式：验收合格后60日内支付合同金额100%。

3、维修调试及验收

（1）响应人负责产品维修、调试，直至采购人能正常使用，所需的一切材料、备件、专业工具均由响应人负责提供。响应人应向采购人提供产品维修所需的专用工具和仪器，所涉及的价格包括在报价总价格中。

（2）必须保证提供的货物(包括零部件)是全新的、未使用过的，具有稳定性、可靠性、安全性，并完全符合国家、行业规定的质量、规格和性能要求等技术标准。

（3）验收标准：设备能正常使用。

4、质保期：如更换配件，则配件质保期均不少于3个月，自项目验收交付之日起3月内连续运转良好。

5、供应商在提供产品及相关快递服务时，涉及包装的，具体包装要求需严格按照“商品包装政府采购需求标准（试行）”及“快递包装政府采购需求标准（试行）”执行。

# 注：带★的要求为实质性条款，不满足作无效响应处理（本项目所有实质性要求均可以承诺函的形式进行承诺）。

附件2：

**响应文件格式**

**法定代表人授权委托书**

内江市第二人民医院：

本授权声明： （供应商名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ （项目名称）” 的询价活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关响应、签订合同以及执行合同等一切事宜。

代理人无转委托权，本授权书自 年 月 日签字生效。

法定代表人签字或者加盖个人名章： 。

授权代表签字或者加盖个人名章： 。

供应商名称： （加盖单位公章）

**承诺函**

内江市第二人民医院：

我单位作为本次采购项目的供应商，根据采购文件要求，现郑重承诺如下：

1. 具备参加本项目规定的以下条件：

（一）在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具备履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（五）本项目规定的其他实质性要求。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取中选追究法律责任。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**供应商应当提供的资格、资质性及其他**

**相关材料**

（供应商提供加盖公司鲜章的书面证明材料）

**报价表**

我单位作为供应商,对此次评审活动中我方所承诺的条款已经完全明确,也深知所承诺的事项和作出的报价可能给我方带来的风险和后果。如果我方在评审活动中有弄虚作假等违法违规行为，以及中选后因报价低或不执行承诺条款而不履约,本单位愿承担一切责任（包括赔偿损失、取消评审及中选资格等）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（服务内容） | 单 位 | 数 量 | 单 价（元） | 金 额（元） | 备 注（若为货物采购项目，须备注品牌及型号） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 分项报价合计： （元）， 大写：  |

注：报价包含运输、安装、调试、检验、培训、调换、税金和保险等费用以及采购文件规定的其他费用均应包含在报价中。

供应商名称 （盖章）：

法定代表人或授权代表（签字）：

日期： 年 月 日