**金华市中医医院热敏打印医用腕带定点采购供应商选定项目的询价采购公告**

我院将于 2024**年 4** 月 1 日在医院行政一楼会议室进行金华市中医医院热敏打印医用腕带定点采购供应商选定项目的公开询价采购，欢迎符合资质条件的单位前来参加（如有变动另行通知）。

**一、采购内容：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购内容 | 服务期限 | 最高限价（元/卷） | 预算金额  （元/年） |
| 1 | 金华市中医医院热敏打印医用腕带采购 | 3 | 42元/卷 | 40000元 |
|  | | | | |

**二、采购要求：**

**1、技术要求：**

|  |  |
| --- | --- |
| 品名： | 热敏打印医用腕带 |
| 1卷/数量(条） | 1卷/100条 |
| 外观尺寸/条： | 267mm\*35mm |
| 成品尺寸/条： | 260mm\*26mm(宽部分)\*14mm(窄部分) |
| 打印区域尺寸/条: | 90mm\*26mm(白色部分) |
| 腕带特质: | 1、热敏打印，无需耗材；高效环保，节约成本；  2、腕带质地特柔软，柔韧耐拉，安全耐用，用心呵护病人皮肤；  3、抗菌防过敏，防水、防酒精；  4、可按采购人需求打印不同文字，条形码，二维码，高清图片；  5、支持高精度打印；  6、腕带颜色初步确定为蓝色，具体颜色中标后由采购人确定。 |
| 热敏打印原理: | 在浅色材料上涂布一层膜，图像通过打印头加热，在膜中产生化学反应而生成，这个化学反应是在一定温度下进行的，高温会加速这种化学反应。 |

**2、采购要求：**

（1）服务期内具体供货数量的以采购人通知为准，若中标，按中标单价和实际供货数量结算总价。

（2）结算方式：

**1）采取先供货后结算的方式进行合作，采购人与中标人每半年进行一次结算，合同签订后，采购人按半年内实际使用量结算货款，由中标人提供合法税务发票，无质量问题后次月支付给中标人。**

**2）半年期货款的结算方式：**

半年期结算价=货物的采购基准单价×(1-中标下浮率)×半年内的实际采购数量。

**（3）服务期内，打印机由中标人免费提供使用；服务期限届满后，中标人放弃对打印机整套设备的所有权，打印机整套设备的所有权移交给采购人，归采购人所有。**

**三、合格供应商的资格要求：**

1、满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；

2、具有独立承担民事责任能力；

3、本项目不接受联合体。

**四、报名时间及地点：**

报名时间： 2024年 3 月 21 日至 2024 年 3月 29 日，每天上午 8:30 至 11:30，下午 13:30 至 17:00（北京时间，法定节假日除外）

报名截止时间： 2024 年 3 月 29 日下午17:00分

报名地点：金华市中医医院总务处

联系人：陈先生

联系电话：82136873

**五、询价时间、地点：**

于2024 年 4 月 1 日下午 3 时在金华市中医医院行政一楼会议室进行公开询价。

**六、供应商报名应提供的资料：**

供应商报名时应提交的资料：必须提供营业执照复印件、法人授权委托书复印件（注明联系人电话号码）、经办人身份证复印件，所有复印件均应加盖公章。

**七、评判办法及标准：**

本项目以最低价成交法确定成交供应商。即满足采购要求且提出投标价格最低的有效投标报价作为成交候选供应商或者成交供应商的评判方法，投标报价相同的，则由采购人代表现场抽签确定成交候选供应商。

金华市中医医院总务处

2024年 3 月21 日

**附件一：法定代表人授权书**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（询价响应人）法定代表人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（全权代表名称）为全权代表，参加贵方组织的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（项目名称），全权处理询价活动中的一切事宜。

投标供应商全称： （公章）

法定代表人（负责人）或委托代理人：

年 月 日

附：

全权代表姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职 务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

详细通讯地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

传 真：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电 话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

邮 政 编 码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 附件二：报价一览表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | 最高限价 | 投标报价（小写） |
| 金华市中医医院热敏打印医用腕带定点采购供应商选定项目 | 42元/卷 | ￥： 元/卷 |
| 投标报价（大写）： 元/卷 | | |

注：服务期内具体供货数量的以采购人通知为准，若中标，按中标单价和实际供货数量结算总价。

投标供应商全称： （公章）

法定代表人（负责人）或委托代理人：

年 月 日