**金华市中医医院智慧用电维护服务项目的第三次询价采购公告**

我院将于**2024年 5**月 7日下午15时在医院 **行政一楼会议室** 进行金华市中医医院智慧用电维护服务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** | **数量** | **单位** | **预算金额** |
| 1 | 金华市中医医院智慧用电维护服务 | 49 | 台 | 20000元/年 |

**二、服务和商务要求：**

1、中标人根据运营商续费规则及期限及时续费。

2、中标人提供平台服务(含Web端及手机APP监测)，平台推送/短信通知。

3、中标人负责物联网设备的通信流量费用;物联网设备的通信流量费用;提供用电安全分析报告;提供平台 APP 隐患报警提醒、隐患报警短信通知。

4、中标人提供平台维护、平台版本更新服务。

**5、中标人负责服务期内物联网智慧用电系统设备正常运行维护的一切工作内容（服务期内具体工作要求以采购人实际确定为准）。**

6、提供24小时在线隐患监测服务，被监控电气线路出现报警信息，以隐患信息推送(包括不限于APP推送、短信等方式)提醒方式通知指定联系人；

7、提供7\*24小时电话隐患提醒服务：当被监控电气线路出现温度、超负荷隐患后，以电话提醒方式通知指定联系人；

8、具有良好的地方机构服务体系、管理体系和考核体系，相应平台上能直观反映隐患预警触发后响应时间、到达现场后在线定位签到、消除隐患前后图片及情况描述；

9、服务期内对涉及的平台及终端产品向采购人提供免费的维修和更换服务。

10、服务期内，中标人应向采购人提供免费技术支持，应用系统升级和功能完善等。技术服务要求以上门服务方式为主，另可辅以电话、邮件、网络远程协助等服务方式。在系统试运行期和质量保证期内，中标人负责提供设备和软件维护，不收取额外费用。

11、中标人必须按照严格的项目管理方法对整个项目进行综合管理与控制，确保达成业主使用目标。

12、中标人自行负责各类参与本项目实施的人员的资格和能力，国家或各级地方政府及其主管已有规定需要取得许可、上岗证、执业证等的，中标人须自行确保其满足相关要求，并承担一切责任。

13、遵循国家、地方、行业相关法律法规和标准。

14、在技术体系建设的同时，需要加强安全组织、安全策略和安全运维体系的建设。

**★15、智慧用电设备每年至少保养2次。**

**三、服务期限：**自合同签订之日起3年。

**四、支付方式：**

每年服务半年后采购人向中标人支付当年服务价款的50%，服务一年后采购人向中标人再支付当年服务价款的50%，在采购人支付相关费用后，中标人提供相应的发票。

**五、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、本项目不接受联合体参与询价。

**六、报名时间及地点：**

报名时间：2024年4月25日至2024年5月6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5月6日下午17:00分

报名地点：金华市中医医院总务科

联系人： 陈先生

联系电话：82136873

**八、询价时间、地点：**

于2024年5月7日下午15时在金华市中医医院行政楼一楼会议室进行公开询价。

**九、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。

**十、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。

金华市中医医院

2024年4月25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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购内容** | **数量** | **单位** | **投标单价（元）** | **小计金额（元）** |
| 1 | 金华市中医医院智慧用电维护服务 | 49 | 台 | ￥： 元/台/年（小写） | ￥： 元/年（小写） |

**注：投标报价不得高于预算金额，否则作无效标处理。**

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