## 南宁市第四人民医院检验试剂院内议价公告

　　我院拟采购以下耗材、试剂及质控品，现邀请符合资格条件的供应商参与院内议价活动。

　　一、项目名称：耗材、试剂及质控品采购

　　二、采购试剂名称、规格、数量及预算：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 品目号 | 试剂名称 | 规格 | 数量 | 备注 |
| １ | 病理组织脱钙液 |  | 长期采购 |  |
| 2 | 标准品和阴性非定值质控品 |  | 长期采购 |  |
| 3 | 宏基因试剂 |  | 长期采购 |  |
| 4 | 结核分枝杆菌特异性细胞免疫反应检测试 |  | 长期采购 | 嘉兴科瑞迪全自动酶联免疫分析仪 |
| 5 | 贝克曼多色流式细胞仪配套试剂耗材（DxFLEX sheath Fluid（鞘液）（B73613），CLENZ Cleaning Agent（清洗液）（8546929），Contrad 70 Cleaning Solution（深度清洗液）（81911），CytoFLEX Daily QC Fluoroscence（质控微球）（B53230），OptiLyse C No-Wash Lysing Solution（溶血素）（A11895）） |  | 长期采购 |  |
| 6 | 医用胶片 |  | 长期采购 |  |

三、供应商资质要求：

　　供应商如为制造商须具有《医疗器械生产许可证》，如为代理商须具有《医疗器械经营许可证》；报价产品如涉及医疗器械注册证的须提供医疗器械注册证；报价产品如涉及其他国家强制规定资质须提供相关资质。

　　五、报名须提交的资料

　　产品三证、供应商三证，厂家给供应商授权、供应商业务代表授权，资格证明材料承诺函（见附件）。所有复印件必须加盖单位公章，以上资质开标时提供原件备查。

六、报名时间

　　1、报名和提交响应文件截止时间为2022年5月12日12时00分（北京时间），地点：南宁市第四人民医院医学装备管理科。逾期送达的，不予受理。

　　2、谈判文件获取方式：从南宁市第四人民医院医学装备管理科索取。

七、谈判的时间和地点

1、谈判时间为另定

　　2、谈判地点：南宁市第四人民医院

　　八、联系方式

联系人：陈萧羽

　　电 话：17776229373

地　址：南宁市第四人民医院医学装备科

　　　　　　　　　　 日期：2022年5月5日

附件：

**资格证明材料承诺函**

我们 （供应商名称）已认真阅读《中华人民共和国政府采购法》及《竞争性谈判公告》[ （项目名称），采购编号： ]相关内容，知悉供应商参加采购活动应当具备的条件。此次按《竞争性谈判公告》要求提交的供应商资格证明材料，已经认真核对和检查，全部内容真实、合法、准确和完整，我们对此负责，并愿承担由此引起的法律责任。

一、我方在此声明：

（一）我方与采购人不存在隶属关系或者其他利害关系。

（二）我方与参加本项目的其他供应商不存在控股、关联关系，或者与其他供应商法定代表人（或者负责人）为同一人。

（三）我方未为本项目前期准备提供设计或咨询服务。

二、我方承诺：

（一）我方依法缴纳了各项税费及各项社会保障资金，没有偷税、漏税及欠缴行为。

（二）我方在经营活动中没有存在下列重大违法记录：

1、受到刑事处罚；

2、受到三万元以上的罚款、责令停产停业、在一至三年内禁止参加政府采购活动、暂扣或者吊销许可证、暂扣或者吊销执照的行政处罚。

供应商名称（盖单位章）：

法定代表人（签名）：

日 期： 年 月 日

**货物需求一览表**

说明：

1、本货物需求一览表中所列的品牌、型号**仅起参考作用**，投标人可选用其他品牌、型号替代，但替代的品牌、型号在实质性要求和条件上要**相当于或优于**参考品牌、型号。

2、凡在“技术参数要求”中表述为“标配”或“标准配置”的设备，投标人应按第五章“投标文件格式”规定的格式在“投标产品技术资料表”中将其参数详细列明。

3、**本货物需求一览表中标注★号的内容为实质性要求和条件**。

4、本货物需求一览表中内容如与第六章“合同条款及格式”相关条款不一致的，以本表为准。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **数量** | **型号规格、技术性能参数及其它要求** |
| 1 |  |  |  |