**[2023-2025年共享轮椅和共享车床服务]采购项目**

**市场调查公告**

各供应商：

我院2023-2025年共享轮椅和共享车床服务采购项目现进入市场调查阶段，欢迎符合资格条件的供应商前来报名参与。我院将根据市场调查的结果，邀请符合我院需求的供应商进行院内邀请论证（谈判）会，具体时间另行通知。本项目不属于政府采购类。

**一、采购项目概况：**1、项目名称：2023-2025年共享轮椅和共享车床服务

2、项目编号：FSSZYYZWCG2023072601

3、门诊（预计数量）：共享轮椅数量：80台；共享车床数量：25台。

4、住院部（预计数量）：共享轮椅数量：102台；共享车床数量：81台。

（1）1号楼：7-23楼（共17层），共享轮椅数量3台/层；共享车床3台/层；共计共享轮椅数量51台，共享车床51台。

（2）6号楼：4-10楼、12-14楼（共10层），共享轮椅数量3台/层；共享车床3台/层；共计共享轮椅数量30台，共享车床30台。

（3）2号楼：5-8楼（共4层），共享轮椅3台/层，共计共享轮椅12台。

（4）5号楼：3-5楼（共3层），共享轮椅3台/层，共计共享轮椅9台。

5、场地管理费（含电费）底价：500元/月起。

6、合作期限：3年，自合同签署生效之日起计算。

7、用户需求：详见附件1**（\*供应商必须响应用户需求书全部内容）**

**二、报名供应商资格要求：**

1、供应商必须具有独立法人资格，能独立承担民事责任和合同义务。

2、供应商必须具有有效的中华人民共和国企业法人营业执照，执照中必须具有本项目的经营范围。

3、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

4、供应商须具备履行合同的设备和专业技术能力。

5、供应商须按以下要求提供相关有效证明文件：

（1）从生产企业到供应商的各级销售授权书(国外授权需提供中英文授权书)；

（2）从生产企业到各级国内授权方的营业执照(附信用中国查询记录，如公开信息截图证明)；

（3）各级国内授权方医疗器械经营许可证或二类备案凭证；

（4）医疗器械生产企业许可证(含生产产品登记表)或生产备案凭证；（5）医疗器械产品注册证(含注册登记表及附页)或备案凭证(含备案信息表)(如不属于医疗器械管理的，提供国家药监局网站说明)；

（6）需在以上（3）（4）（5）每份证照后附上对应的国家药监局网站查询记录，如药品监督管理局网站公开信息网络打印件或截图证明等。

6、供应商须未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)以下任何记录名单之一：①失信被执行人；②重大税收违法案件当事人名单；③政府采购严重违法失信行为。

7、供应商应遵纪守法、诚信经营，近三年内（自本公告发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录。

8、本项目不接受联合体参与。

**三、网上公告时间及报名时提交的文件要求**1、公告时间：自发布次日起5个工作日内。

2、报名时需提交的文件（A4纸，双面打印并按照以下顺序装订完整并每页加盖公章）：

（1）报名资料封面（格式见附件2）。

（2）报名文件目录（格式见附件3）。

（3）企业法人营业执照（副本）复印件。营业执照经营范围如注明“具体经营项目请登录商事主体信息公示平台查询”的，须打印商事主体信息公示平台查询页。

（4）税务登记证书（国、地税）复印件。

（5）组织机构代码证复印件。

（6）如已办理营业执照、税务登记证、组织机构代码证三证合一的企业，请提交加载法人和其他组织统一社会信用代码的营业执照复印件。

（7）自行登录“信用中国”网站([www.creditchina.gov.cn](http://www.creditchina.gov.cn))，下载并打印《信用信息报告》（下载日期应在本公告发布日期之后）。

（8）参与人如为法人代表，须提交供应商法人代表证明书（格式见附件4）法人代表第二代居民身份证复印件（原件备核）。参与人如为授权代理人，须提交供应商法人代表证明书及法人代表第二代居民身份证复印件、法人授权书（格式见附件5）、授权代理人第二代居民身份证复印件（原件备核）及授权代理人近三个月社保缴费证明。

（9）提供遵纪守法、诚信经营、近三年内（自论证公告发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录的承诺书。（格式见附件6）。

（10）按以下要求提供相关有效证明文件：

①从生产企业到供应商的各级销售授权书(国外授权需提供中英文授权书)；

②从生产企业到各级国内授权方的营业执照(附信用中国查询记录，如公开信息截图证明)；

③各级国内授权方医疗器械经营许可证或二类备案凭证；

④医疗器械生产企业许可证(含生产产品登记表)或生产备案凭证；

⑤医疗器械产品注册证(含注册登记表及附页)或备案凭证(含备案信息表)(如不属于医疗器械管理的，提供国家药监局网站说明)；

⑥需在以上③、④、⑤每份证照后附上对应的国家药监局网站查询记录，如药品监督管理局网站公开信息网络打印件或截图证明等。

**（11）提供详细的《项目实施方案书》，请严格按照以下排序内容进行编制，需编制封面（封面需包含项目名称和项目编号、供应商名称、授权代表姓名及联系电话）、目录及页码；本方案书一式伍份（加盖公章），随谈判会当日自行携带入场提交；方案书内容需包含但不限于以下内容：**

①供应商简介（公司概况、获得政府部门颁发的荣誉、专利等反映履约能力的资料）；

②意外保障（提供“保险单”或有效证明文件）;

③租借押金（请明确是否收取租借押金，如收取，请分别说明收取共享轮椅和共享车床的租借押金金额）；

④对外免费使用时间均不少于1小时（请分别说明共享轮椅和共享车床的免费使用时间）；

⑤服务方案（包括安装方案、运维管理服务方案、拟投入本项目的人员情况、相关制度、应急预案和处理措施等）；

⑥租借流程(提供租借全过程图文资料，论证当天现场演示）；

⑦提供产品生产企业的介绍材料，提供产品介绍材料（包括但不限于技术参数、产品先进性和稳定性以及可靠性的内容）；

⑧提供自2020年1月1日至今的同类业绩合同复印件，最多提供5份（格式见附件7），须提供合同关键页，关键页包括采购内容（采购内容指可证明与本项目相关的内容）、签订日期 、双方盖章等；且针对每项合同（或业绩），需提供由客户签名盖章的验收合格资料或者由客户签名盖章的用户满意度评价，且必须为验收合格或满意程度为满意以上或类似的好评。

**备注：**

**1、供应商提交的材料必须真实可靠，如经核实为虚假材料的，将取消其报名资格并列入医院供应商诚信黑名单。**

**2、请供应商按照上述第三点第2条要求，提交纸质资料（一式一份），所提交的文件资料必须在有效期内，复印件需清晰并加盖公章，否则将会被取消资格。**

**3、供应商不得串通围标，如发现有串通围标行为将取消其参与项目资格并列入医院供应商诚信黑名单。（串通定义见《政府采购法实施条例》第七十四条,中华人民共和国财政部令第87号--政府采购货物和服务招标投标管理办法第三十七条）。**

**四、报名交资料时间**

自发布次日起5个工作日内。

**五、联系方式**

1、采购人：佛山市中医院

2、地 址：佛山市禅城区亲仁路6号自编10号楼二楼采购办公室

3、联系电话：(0757)83067029传真：(0757)83067026

4、监督投诉电话：（0757）83068460

5、电子邮箱：[fs3921@163.com](mailto:fs3921@163.com)

6、联系人：罗先生

佛山市中医院

2023年12月5日

**附件1：**

**[2023-2025年共享轮椅和共享车床服务]项目用户需求书**

**一、项目概述**

我院拟继续引进共享轮椅和共享车床服务，门诊预计数量（轮椅数量为80台、车床数量为25台），住院部预计数量（轮椅数量为102台、车床数量为81台）。我院负责提供场地，供应商提供设备和相关配套设施以及负责其日常运营服务等，合作期限为3年。共享轮椅、车床摆放位置如下（合作期内，如我院要求调整或增加轮椅、车床位置、数量的，供应商需无条件予以配合）：

1、门诊

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一、共享轮椅** | | | |
| **序号** | **位置** | **预计数量（台）** | **楼层数量** |
| 1 | 1号楼3号门外 | 10台 | **1** |
| 2 | 1号楼11、12号电梯厅 -2层—1层（共3层） | 25台 | **3** |
| 3 | 1号楼13、14号电梯厅 -2层—1层（共3层） | 25台 | **3** |
| 4 | 1号楼急诊科外 | 10台 | **1** |
| 5 | 6号楼一站式服务中心旁（靠4号梯） | 5台 | **1** |
| 6 | 医院北门12号楼 | 5台 | **1** |
| **合计** | | **80台** | **10** |
| **二、共享车床** | | | |
| **序号** | **位置** | **预计数量（台）** | **楼层数量** |
| 1 | 1号楼3号门外 | 4台 | 1 |
| 2 | 1号楼11、12号电梯厅 -2层—1层（共3层） | 8台 | 3 |
| 3 | 1号楼13、14号电梯厅 -2层—1层（共3层） | 8台 | 3 |
| 4 | 1号楼急诊科外 | 5台 | 1 |
| **合计** | | **25台** | 8 |

2、住院部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **位置** | **共享轮椅** | **共享车床** | **楼层数量** |
| **预计数量（台）** | **预计数量（台）** |
| 1 | 1号楼7-23层（共17层） | 51 | 51 | 17 |
| 2 | 6号楼4-10层（共7层） | 21 | 21 | 7 |
| 3 | 6号楼12-14层（共3层） | 9 | 9 | 3 |
| 4 | 2号楼5-8层（共4层） | 12 | 0 | 4 |
| 5 | 5号楼3-5层（共3层） | 9 | 0 | 3 |
| 合计 | | 102 | 81 | 34 |

**二、合作内容和服务要求**

1、共享轮椅的承载重量≥100kg，共享车床的承载重量≥150kg。

2、需要采用“归位桩+轮椅” 和“归位桩+车床”模式，支持1桩1椅或1+n组合方式，一个桩位对应一个二维码，需根据我院实际需求灵活投放、随时调整或扩充。

3、归位桩需采用锂电池供电，不能使用交流电。摆放归位桩无需破土动工。

4、每一个共享轮椅投放点至少要配置1台具备可调式升降搁脚功能的轮椅。

5、供应商负责投放全新的共享轮椅和共享车床，自主经营、自负盈亏，自行负责终端设备的日常维修、维护、运营服务等。

6、供应商投放的共享轮椅和共享车床必须符合国家对医疗设备的有关知识产权、质量标准、环保标准、市场准入等相关标准和要求。

7、所投放的共享轮椅和共享车床在出厂时都应配套相应的产品责任险。

8、在投放前，供应商负责现场走访，征询我院临床科室的意见，结合各专科特点以及安装场地的位置大小，分别确定共享轮椅和共享车床数量并上报我院批准后才能安装投放。在合作期内，如我院要求调整或增加轮椅、车床位置、数量的，供应商需无条件予以配合。

9、在租借过程中，无需安装APP，可使用支付宝或微信扫码，即可租借，归还时自动结算。

10、**所有共享轮椅、共享车床对外均可免费使用不少于1小时。其中住院部区域停放的共享轮椅、共享车床，所在病区的护长、担架员等人员有管理权限，可免费使用4小时，用作住院病人检查。**

11、共享轮椅和共享车床上需张贴或悬挂设备信息和24小时服务热线，供消费者咨询以及处理使用过程遇到的问题、投诉等。不得播放或者粘贴违反国家法律法规、影响医院的声誉、影响诊疗业务以及引起患者和家属误解以及不适的宣传资料。

12、供应商需委派专人驻场，每天负责调度管理，定期检查共享轮椅和共享车床的运行状况，负责日常维修、维护管理；由于设备质量问题，直接或间接造成一切损失和法律责任由供应商承担全部责任。

13、由于供应商提供的设备、设施以及消费者在租借后出现的一切不良后果及由此产生的投诉、纠纷各相应的经济责任、法律责任等均由供应商负责承担，与我院无关。

14、我院负责提供放置场地和电源接口，供应商需将设备安装在我院指定位置上。基站锂电池必须要保证消防安全，如因自爆自燃等引起的一起责任，由供应商承担。

15、合作期限为3年，自合同签署生效之日起计算。

16、供应商负责提供7\*24小时电话服务；普通业务处理或普通故障需在2小时内处理完毕，复杂业务处理或重大故障需在24小时内处理完毕。

**三、样板**

1、在院内论证（谈判）会当日，供应商需自行携带1台共享轮椅（含归位桩）到场。

2、供应商需现场讲解和演示租借流程。

**四、其他要求**

1、共享轮椅最高限价为3元/小时（不足1小时按1小时计算），24小时最高封顶20元。

2、共享车床最高限价为5元/小时（不足1小时按1小时计算），24小时最高封顶30元。

3、共享轮椅和共享车床的租用价格不得高于周边市场价格。

**五、商务要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **商务条款** | **要求** |
| 1 | **现场踏勘** | 1、供应商自行到现场进行踏勘，一旦成交任何因忽视或误解现场情况，而导致的所有损失和责任均由供应商自行承担。  2、风险提示：请供应商充分考虑各种不利因素可能带来的风险。 |
| 2 | **地点** | 我院（用户）指定地点，未经许可不得擅自调整。 |
| 3 | **保证金及缴纳方式** | 1、履约保证金：¥10,000.00元（人民币壹万元整），我院提供收款收据，合同期满后，如无不良记录，凭收款收据在30个工作日内，全额无息退还。如供应商不按期签订合同或者严重违反合同约定的，所缴纳的履约保证金将不予退还。  2、履约保证金到账时间：自我院官网发布成交结果公示通知之日起5个工作日内一次性缴纳。  3、缴纳形式：仅限于银行转账或网银汇款形式；不接受现金形式交纳和第三方名义转账(或汇款)。  4、保证金汇入户址：  账号名称：佛山市中医院  开户银行：工行祖庙支行  银行账号：2013020109022107122  备注：若未能查找开户银行的支行名称的，可汇入总行或营业部。 |
| 4 | **场地管理费缴纳方式** | 1、管理费按月缴交，供应商须在当月10日前汇款至我院账户，并于当月内凭银行汇票回单，到我院财务科开回收款发票。  2、汇款至甲方以下账户（甲方不接受现金收款）：  账号名称：佛山市中医院  银 行：工行祖庙支行  账 号：2013020109022107122 |

**附件2：**

**佛山市中医院总务科采购项目**

**报名文件**

**项目名称：**

**项目编号：**

**供应商名称（加盖公章）：**

**联系人姓名：**

**联系电话（手机）： 座机：**

**E-mail：**

**日 期： 年 月 日**

**附件3**

**报名文件目录**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 投标资料 | | 页码 | 审核情况（√） | 备注 |
| 1 | 三证合一的营业执照复印件 | |  |  |  |
| 或 | 企业法人营业执照（副本）复印件 |  |  |  |
| 税务登记证书（国、地税）复印件 |  |  |  |
| 组织机构代码证复印件 |  |  |  |
| 2 | 商事主体信息公示平台查询页（营业执照经营范围如注明“具体经营项目请登录商事主体信息公示平台查询”） | |  |  |  |
| 3 | 《信用信息报告》 | |  |  |  |
| 4 | 法人代表证明书 | |  |  |  |
| 5 | 法人代表第二代居民身份证复印件 | |  |  |  |
| 6 | 法人授权书 | |  |  |  |
| 7 | 授权代理人第二代居民身份证复印件 | |  |  |  |
| 8 | 授权代理人近三个月社保缴费证明 | |  |  |  |
| 9 | 提供遵纪守法、诚信经营、近三年内（自论证公告发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录的承诺书。（格式见附件6）。 | |  |  |  |
| 10 | 按以下要求提供相关有效证明文件：  1、从生产企业到供应商的各级销售授权书(国外授权需提供中英文授权书)；  2、从生产企业到各级国内授权方的营业执照(附信用中国查询记录，如公开信息截图证明)；  3、各级国内授权方医疗器械经营许可证或二类备案凭证；  4、医疗器械生产企业许可证(含生产产品登记表)或生产备案凭证；  5、医疗器械产品注册证(含注册登记表及附页)或备案凭证(含备案信息表)(如不属于医疗器械管理的，提供国家药监局网站说明)；  6、需在以上3、4、5每份证照后附上对应的国家药监局网站查询记录，如药品监督管理局网站公开信息网络打印件或截图证明等。 | |  |  |  |
| 11 | **《项目实施方案书》一式伍份（加盖公章），随谈判会当日自行携带入场提交。** | |  |  |  |

**附件4：**

**法定代表人资格证明书**

**佛山市中医院：**

同志，现任我单位 职务，联系手机： ，为法定代表人，代表我单位参与贵单位以下项目的采购活动，特此证明。

项目名称：

项目编号：

法定代表人（亲笔签名或签章）：

签发日期： 年 月 日 单位名称（加盖公章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **法定代表人身份证**  **复印件正面粘贴处** |  | **法定代表人身份证**  **复印件反面粘贴处** |

说明：

1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加盖供应商公章。

**附件5：**

**法人授权书**

**佛山市中医院：**

我单位特授权委任 (姓名)现职员工，作为我方代表，参与贵方的采购项目，对该代表人所提供、签署的一切文书均视为符合我方的合法利益和真实意愿，我方愿为其行为承担全部责任。

项目名称：

项目编号：

有效期限：自本单位盖章之日起生效。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人（亲笔签名或签章）：

授权代理人（亲笔签名）： ，联系手机电话：

授权生效日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **授权代理人身份证**  **复印件正面粘贴处** |  | **授权代理人身份证**  **复印件反面粘贴处** |

说明：1.本授权书内容不得擅自修改。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加盖投标人公章。

3.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

**附件6：**

**承诺书**

我公司在参加本次采购项目活动中，作出如下承诺：

一、参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

二、未挂靠、借用资质进行投标等违法违规行为。

三、提供的相关文件均真实、有效。

若发现我方存在上述问题，愿参照政府采购相关规定接受处罚并列入医院供应商诚信黑名单。

供应商名称（加盖盖章）：

日期：

**附件7：**

**拟提供的业绩**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **客户名称** | **项目名称及合同金额**  **（万元）** | **合同签订时间** | **联系人及电话** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）：

授权代理人签字：

日 期： 年 月 日

注：供应商未按上表和要求填报的，视为2020年1月1日起至今无用户。

**附件8：**

**报价书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、共享轮椅和共享车床报价** | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | | **预计数量** | **最高限价** | | | **报价（元）** | |
| 1 | 共享轮椅 | | 182台 | 3元 | | | 元/小时·台 | |
| 20元 | | | 每天最高收取 元 | |
| 2 | 共享车床 | | 106台 | 5元 | | | 元/小时·台 | |
| 30元 | | | 每天最高收取 元 | |
| **二、场地管理费报价** | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | **数量** | | | **底价** | **报价（元/月）** | | **合计（元）** |
| 1 | 场地管理费（含电费） | 36个月 | | | 500元/月起 |  | |  |
| 合计：大写：人民币 元 | | | | | | | | |
| 备注：  1、本项目预算金额（底价）：500元/月起。  2、必须完全满足并响应本采购项目的全部内容和要求。  3、报价修正准则  ①　报名文件中报价表内容与报名文件中相应内容不一致的，以报价表为准。  ②　报价表大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准。  ③　单价金额小数点或者百分比有明显错位的，应以总价为准，并修正单价。  ④　总价金额与按单价汇总金额不一致的，以单价金额计算结果为准。  ⑤　同时出现两种以上不一致的，按照上述规定的顺序修正。修正后的报价经报名人确认后产生约束力，报名人不确认的，其报价无效。  4、请严格按照本报价表报价，更改序号、物资名称、单位的报价单为无效报价单。  5、单项价格和总价超过本项目预算价为无效报价单。  **6、本报价表纸质版，由供应商在院内论证（谈判）会当日自行携带入场。**  7、人民币大写字：壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾、佰、仟、万、亿、元、角、分、零、整（正） | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　 报价单位：（盖章）

年　 月　 日