**院内论证会公告**

**一、项目名称：苏州科技城医院等级测评项目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **见公告首页** | **见公告首页** |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**二、采购方信息**

采购方：苏州科技城医院

地址：苏州高新区科技城漓江路1号 邮编：215153

联系人：秦刚 电话：0512-695844432

**三、报名方式**

报名截止时间:2020-08-31 17:00。 在报名截止时间前将问询表（格式见附件）送达联系人处。

**四、院内谈判响应文件组成**（必须按以下要求及顺序编制目录和对应页码装订成册，不按要求制作标书的院方有权取消其本次谈判资格。）

1. 投标人资格证明文件

（1）营业执照副本复印件

（2）法人及法人授权代表身份证复印件

（3）法定代表人授权委托书原件、制造商或销售商代理授权书原件

（4）其他相关证明文件（根据采购项决定）

2. 所投产品配置清单

3. 所投产品详细技术资料、彩图（中文）；

4. 投标人近三年来至少10家与本次招标项目相同的用户名单及联系方式；

5. 售中、售后服务及相关培训服务承诺

6. 交付使用时间；

7. 苏州科技城医院设备问询表(见附件)。

根据院方使用部门实际需求制作投标书，每包产品的标书一式10份。

五、报价要求：

1. 各家根据院方报价格式一次报定最终成交价格。

2. 写明整体打包优惠价或优惠方案。

3. 报价单密封在信封里，会前交给工作人员。

六、院内谈判时间、对规定时间内报名登记单位医院电话或短信方式通知 请提前15分钟到场，抽签决定介绍产品的先后次序，每家介绍产品需在规定时间内进行，请勿超时。

如有任何疑问请拨打电话0512-69584432/4431咨询。（如有变动将另行通知）

**\*\*各投标人在谈判前，须认真阅读本论证会公告，完全了解并接受其所有条款及要求。并在谈判时将响应文件一式10份（其中正本1份，副本9份），参与多项不同产品竞争的需要分开做标书。会议开始前连同报价单（一次报价）交给工作人员。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备论证会报价格式** | | | | |
| **公司名称** | **品牌型号** | **数量** | **单价** | **总价** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |