启东市疾病预防控制中心体脂秤公开询价

采购公告

启东市疾病预防控制中心根据启东市政府采购管理的有关规定，就启东市疾病预防控制中心体脂秤公开询价采购(采购标准及详细参数内容如下)。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 产品参数 | 数量（盒） | 预估单价（元） | 限价（元） |
| 1 | 体脂秤 | 液晶数字显示，充电/电源两用式，秤面板材质钢化玻璃，可连接蓝牙，称重1-360斤，可显示电量，智能分析对比。可测温体温人体脂肪与水份测试，BMI评估，蓝牙传输BMI指数，内脏脂肪，骨骼密度，肌肉含量，脂肪含量基础代谢，水分含量。质保1年。 | 400 | 55 | 22000 |
|  | 预估总价：22000元 |

**一、货物总财政预算为22000元（贰万贰仟元整），单价报价超过限价或总报价超过限价的为无效报价。**

**二、供应商资格要求**

1.符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的规定；

2.对于参与报价的供应商，需具有有效的营业执照。

**三、报价注意事项**

1.供应商应按照本询价公示的要求编制报价文件，报价文件应对本询价公示提出的要求和条件作出实质性响应。否则，按照不响应处理。报价中含运输、装卸、税金等所有相关费用。

2. 履约保证金：本次不收取履约保证金。

 3.供应商应详细阅读询价文件的全部内容，供应商对询价文件有疑问或异议的，请在递交报价文件1日前以书面形式（加盖单位公章）递交至采购单位。

有关需求问题，请与采购单位联系。

采购单位：启东市疾病预防控制中心

地址：启东市汇龙镇民胜南路公共卫生中心6楼

联系电话：0513-80798258

**四、报价文件构成**

1、报价承诺书（按照附件一格式填写）；

2、投标供应商的资格、资质证明文件,营业执照（加盖单位公章）；

3、法定代表人授权委托书（按照附件二格式填写，法定代表人亲自参加的，无需提供法定代表人授权委托书）； 被授权人身份证复印件（加盖单位公章，原件备查，法定代表人亲自参加的，无需提供被授权人身份证复印件）；

4、质保承诺书（按照附件三格式填写）；

5、法定代表人身份证复印件（加盖单位公章，法定代表人亲自参加的，原件备查）；

6、报价表：按提供的样表格式（附件四）填写报价，所有涉及报价的页面均必须加盖单位公章，否则视为无效投标文件；

7、符合《中华人民共和国政府采购法》相关规定。

投标文件中必须包含上述要求提供的所有材料并加盖投标单位公章，否则视为无效投标文件。投标文件装订成册并密封，密封袋上标明：项目名称、投标单位名称，否则视为无效投标文件。

**五、报价文件递交**

报价文件请于2025年7月21日上午9：00-9：30密封送至启东市卫生公共大楼内疾病预防控制中心六楼小会议室，只接受直接送达，逾时则不予受理。

1. **合同的签订及注意事项**

符合采购需求且报价最低者成交。若最低投标报价有相同者，则采取二次报价确定中标人。如提交投标文件的投标人不足3家或经评审后有效投标文件的投标人不足3家的，本次招标将暂时终止。

成交结果将在相关网站(http://www.qidong.gov.cn/)予以公布，公示期为叁个工作日，公示期内对成交结果没有异议的，将确定成交候选人为成交供应商。成交供应商须在公示期满后叁个工作日内与采购单位签订合同，不能提供的将取消成交资格。

（1）报价供应商在投标时提供虚假资料的，经查证核实后取消成交资格，并报上级部门处理。

（2）报价供应商用虚假资料获得成交资格，经查实取消成交资格，并报上级部门处理。

（3）报价供应商如有串标、围标行为的。成交候选人或成交供应商如有串标、围标行为的，经查实后取消其成交资格，并报上级部门处理。

**七、其他要求**

1.质量要求：供应商须提供符合采购需求、从未使用过的全新设备产品，产品质量符合询价文件要求、行业及国家标准。

2.交货期：成交公示结束后，签订合同后10个工作日内将全新产品运输到购货方指定地点并完成验收。

3.交货地点：成交供应商应按照采购方要求，送达指定地点（供需双方另有约定除外）；每延误一天扣以总价款2‰的违约金。

4.项目验收：货物送达后将根据询价公示和供应商报价文件对供应商所供货物进行验收。

5.成交供应商因自身原因不能订立或不能履行采购合同的，采购单位将取消其成交资格，同时报政府采购主管部门，由政府采购主管部门对成交供应商作出处理。

**八、成交原则：**符合采购需求且单价最低价成交。

**九、付款方式**

成交供应商供货配送完成后，在确认实物无质量问题后，根据开具发票100%转账支付。

启东市疾病预防控制中心

2025年7月16日

**附件一：**

**报 价 承 诺 书**

启东市疾病预防控制中心：

（报价单位全称）授权（姓 名）（职 务）为全权代表，参加 项目询价的有关活动，并宣布同意如下：

1．我方愿意按照报价文件的全部要求进行报价（报价内容及价格以报价文件为准）。

2．我方完全理解并同意放弃对询价公告有不明及误解的权利。

3．我方将按询价公告的规定履行合同责任和义务。

4．我方同意提供按照贵方可能要求的与其报价有关的一切数据或资料，理解并同意贵方的评标办法。

5．我方的报价文件自开标后60天内有效。

6．与本报价有关的一切往来通讯请寄：

地址：　　　　　　　　　　　　　邮编：

电话：　　　　　　　　　　　　　传真：

报价单位代表姓名：　　　　　　　职务：

报价单位名称：（加盖单位公章）

 年 月 日

**附件二：**

**法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：本人（姓名） 系(投标单位名称)  的法定代表人，现授权委托 (姓名) 为本人授权委托代理人，以本单位的名义参与（项目名称） 的相关事宜。授权委托代理人所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本人均予以承认。

授权委托代理人无转委权，特此委托。

授权委托代理人 性别：         身份证号码：

部门：             职务：            联系电话：

单位名称：(盖法人章)

 法定代表人签字：

日期：     年    月    日

**法定代表人身份证明**

 先生/女士： 现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

身份证号码：

**注：提供法定代表人的身份证复印件盖公章**

**附件三：**

 **质 保 承 诺 书**

启东市疾病预防控制中心：

（报价供应商全称）授权（姓 名）（职 务）为全权代表，参加 项目询价的有关活动，并宣布同意如下：

1. 我方承诺对本项目整体提供壹年的全免费质保及上门质保(含人工)及售后服务。

2. 在免费质保期内，同一商品、同一质量问题连续两次出现仍无法正常使用，我方将无条件给予全套更新或退货。

3．在免费质保期内，我方在接到用户单位电话通知后，将在8小时之内上门服务，并在24小时内负责修复。如需更换货物或送修，必须在72小时内提供备用货物，并在7个工作日内负责维修完毕。

4．与本项目有关的一切往来通讯请寄：

地址：　　　　　　　　　　　　　邮编：

电话：　　　　　　　　　　　　　传真：

报价单位代表：　　　　　　　　 职务：

报价单位名称（加盖单位公章）：

 年 月 日

**附件四：报价表范本**

启东市疾控中心体脂秤询价采购项目报价表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **品牌型号** | **数量** | **报价（元）** | **总金额（元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | **人民币大写： 小写： 元** |

供应商（盖章）：

联 系 人：

法定代表人（签字或盖章）：

联系电话：

时 间：