**滁州市第一人民医院**

**甲状旁腺素(PTH)检测试剂采购项目**

**单一来源采购文件**

**2024年06月**

滁州市第一人民医院

甲状旁腺素(PTH)检测试剂采购项目应答函

致：滁州市第一人民医院

我单位经研究决定 **（参加/放弃）**滁州市第一人民医院 采购项目投标，承诺按规定时间提交相关资料，并遵守文件的要求及有关规定。

特此函复

供应商： (盖章)

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系电话：

年 月 日

**滁州市第一人民医院**

**甲状旁腺素(PTH)检测试剂单一来源采购文件**

1. **资质要求：**
   1. 具有独立承担民事责任的能力：
   2. 投标人为企业的，应提供有效的“营业执照”；
   3. 投标人为事业单位的，应提供有效的“事业单位法人证书”；
   4. 投标人是非企业机构的，应提供有效的“执业许可证”、“登记证书”等证明文件；
   5. 投标人是个体工商户的，应提供有效的“个体工商户营业执照”；
   6. 投标人是自然人的，应提供有效的自然人身份证明。
   7. 本项目不接受联合体参加投标，投标人中标后不允许分包、转包。

（以上提供有效的证明材料复印件并加盖公章，装订在投标文件中）

1. **采购内容：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单位 | 限价(单价） | 限价(总价） |
| 1 | 甲状旁腺素（PTH）检测试剂 | 150 | 人份 | 375元/人份 | 56250元 |

1. 采购内容及要求

采购内容及要求：

试剂与胶体金免疫层析分析仪配合使用，定量检测人血清、血浆等样品中的甲状旁腺素含量，主要用于甲状腺术中甲状旁腺组织识别：

* 1. 方法学：胶体金免疫层析法，胶体金标记，胶体金试纸法；
  2. 检测范围为：10～1000pg/ml；
  3. 液体移行速度应不低于10mm/min；
  4. 采用全血样品检测，12min内试纸条上应无全血渗透痕迹；
  5. 采用同一批次的试剂进行检测，分析灵敏度应≤10pg/ml；
  6. 采用同一批次的试剂进行检测，相对偏差应≤15%；
  7. 采用同一批次的试剂进行检测、变异系数(CV)应不高于15%；
  8. 采用三个批次的试剂进行检测，批间相对极差(R)应不高于20%；
  9. 采用同一批次的试剂进行检测，PTH在0~1000pg/ml的浓度范围内， 线性范围相关系数(r)应不低于0.9900

1. **最高限价：**56250元（总价及单价超最高限价按无效投标处理）
2. **合同期、付款方式及其他：**

按财务流程付款

1. **评标办法：**

本项目采用单一来源方式确定中标候选人

（本次评审采用最低价法，实行两次报价。第一次报价为供应商在响应文件中填报的报价，第二次报价在响应文件通过评审后，由评标委员会向响应文件评审有效的供应商进行询标，供应商应在规定的时间内，进行二次报价(最后报价)。第二次报价即为最后报价，若供应商未在规定的时间内进行二次报价(最后报价)或其二次报价被评标委员会会认定无效的，评标委员会默认其响应文件中填报的价格为供应商的最后报价，评审结果以供应商的最后报价为准，二次报价(最后报价)不得高于其一次报价，否则取消其投标资格。采用单价合同的项目，最终响应报价的综合单价结合一次报价中的各项综合单价按总价同比例下浮，价款结算时按成交下浮比率进行调整。）

1. **投标要求：**
   1. 本次项目各投标单位需响应采购范围及内容。
   2. 投标文件递交期限自2024年06月28日至2024年07月04日17:00时截止。标书一正一副，胶装装订成册后密封在一个档案袋中，加盖骑缝章，档案袋封面注明项目名称、单位、联系人及联系方式。
   3. 投标方法：请各投标人在投标期限内将标书递送或邮寄至滁州市一院招标办。地址：滁州市醉翁西路369号，滁州市第一人民医院南区行政部五楼西招标办。

**咨询电话：0550-3526032 （招标办）3526031（设备科）**

**监督电话：0550-3526026 （监审科）**

**投标文件格式**

注明正本或副本

**滁州市第一人民医院 项目**

**投**

**标**

**文**

**件**

**投标人： （盖单位章）**

**法定代表人或其委托代理人： （签字）**

**联系人姓名： 联系电话：**

**年 月 日**

**法定代表人身份证明或授权委托书**

1、法定代表人身份证明

投标人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 系 （投标人名称）的法定代表人。附：法定代表人身份证明

特此证明。

投标人： （盖单位章）

年 月 日

2、授权委托书

本人 （姓名）系 （投标人）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 “ ”(项目名称、编号）招标文件，全权处理与该项目投标、评审答疑、签订合同以及与合同执行有关的一切事务，其法律后果由我方承担。

委托期限：

代理人无转委托权。

附：委托代理人身份证明

投标人（盖单位章）：

法定代表人 （签字或盖章）：

委托代理人（签字或盖章）：

年 月 日

**服务承诺书**

致： （招标人）：

本承诺声明： （投标人名称）对本招标文件的相关要求完全响应。若有幸中标将严格按照以上承诺进行服务。

特此声明。

法定代表人或代理人（被授权人）签字或盖章：

投标单位名称： （公章）

日 期：

**质量保证书**

本承诺声明： （投标人名称）对本项目免费质量保证为： 年。

法定代表人或代理人（被授权人）签字或盖章：

投标单位名称： （公章）

日 期：

**投标报价表（格式自拟）**

**诚信投标承诺书**

滁州市第一人民医院：

为了积极配合贵院进行的 （招标名称）招标工作，有效遏制不诚信、不公平竞争情况的发生，确保招标工作的公平、公正、公开，特向贵院郑重承诺：

一、我公司所提供的各种材料真实、有效，承担相应的法律责任。

二、我公司逐条如实填写招标各项要求及参数的响应情况，如有任何虚假成分，同意招标人无条件取消我公司此次投标资格，同意招标人无条件取消我公司今后两年参加滁州市第一人民医院各项投标的资格。中标后无正当理由放弃中标资格或无正当理由不与采购人及时订立合同，同意招标人无条件取消我公司今后一年参加滁州市第一人民医院各项投标的资格。因我公司自身疏忽造成响应偏差而又放弃中标资格的，同意招标人无条件取消我公司今后六个月参加滁州市第一人民医院各项投标的资格。

三、同意贵院签订合同前提供样机验证参数的要求，如不符合的无条件退货，并赔偿相关损失。

如有违上述承诺，我公司将独自承担所有的法律后果。同意被废除投标并被没收投标保证金或履约保证金。

投标单位名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日 期：

**清廉投标承诺书**

滁州市第一人民医院纪委：

为了积极配合贵院进行的 （招标名称）招标工作，有效遏制不公平竞争和违规违纪问题的发生，确保招标工作的公平、公正、公开，我们保证认真贯彻《招投标法》等相关规定以及有关廉洁要求，特向贵院纪委郑重承诺：

一、我公司任何工作人员绝不以任何理由主动向贵院任何领导和职工行贿。

二、贵院如有任何人员向我公司工作人员索要钱物，我公司人员会坚决拒绝并立即向贵院纪委书面举报。

三、我公司绝不使用不正当手段妨碍、排挤其它投标公司或串通投标。

如果有违上述三项承诺，我公司将独自承担所有的法律后果。同意被废除投标并被没收投标保证金。

投标单位名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日 期：

**其他材料（如有）：**