

大连市第五人民医院询价函

大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目询价函

各供应商：

大连市第五人民医院拟采购实时四维彩超保障使用服务项目，项目预算9.0 万元。现诚意邀请贵公司对“大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目”进行报价，报价超出采购预算的，视为无效。

一、采购需求

1.实时四维彩超（飞利浦 ClearVue650）一台，在一个使用周期内（三年）保障使用服务。

2.供方承担一个保障周期内的费用（不含耗材、易损件和人为损坏），包括工程师的差旅费、人员工资、主机、板卡等。当运行出现故障时，故障响应时间应在12小时之内，故障修复时间原则上应48小时之内，特殊情况可适当延迟，合同期限内应保证设备的正常运转天数达到全年天数的90%以上。

3.供方负责整机的终身维修，在一个周期满后（三年），以优惠价维护和供应零配件。

二、报价文件报送

若贵公司有意参加此次报价，请将报价文件密封后加盖单位公章，于2021年9月29日24:00前送至大连市第五人民医院（黄河路890号）机关综合楼（F座）307室（采购办），逾期者视为放弃。



三、报价须知

1.报价文件中应包含保障服务报价单、技术参数及采购需求响应表（附件 1）、营业执照。

2.报价文件封面须注明投标项目名称、投标单位名称、联系人姓名及联系方式，报价文件每页须加盖公章并密封完好。

四、确定中标及合同签订

本次采购以满足采购需求且报价最低的原则确定中标单位。

五、付款方式

合同签订后，我方一次性付清合同价款。供方应先向我方提供等额有效发票，否则我方有权拒绝付款并无须承担违约等责任。

六、其他要求

开评标时，投标单位法人或授权代表须到开评标现场，确认本单位投标文件密封性完好及开标合法合规后，在《大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目开标现场确认表》（附件 2）上签字确认；如因故不能到场，投标单位须填写《关于无法参加大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目开标的声明函》（附件 3）后，将《声明函》的 PDF 版和纸质版反馈我院。投标单位收到《声明函》后的 1 个工作日内将加盖公章的《声明函》扫描件通过微信发至我院联系人，并于 3 个工作日内将《声明函》原件直接送达或邮寄送达至我院，逾期送达则视为投标单位默认投标文件密封性完好且对开标过程无异议。

七、联系方式

名称：大连市第五人民医院采购办

联系人：蒲宽、战寿奎

联系电话：0411-84211244-3033

地址：大连市第五人民医院（黄河路 890 号）机关综合楼（F 座）307 室（采购办）

附件：1.大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目技术参数及采购需求响应表

2.大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目开标现场确认表

3.关于无法参加大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目开标的声明函



附件 1

大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目技术参数及采购

需求响应表

序号	技术参数	是否响应
1	实时四维彩超（飞利浦 ClearVue650）一台，在一个使用周期内（三年）保障使用服务。	
2	供方承担一个保障周期内的费用（不含耗材、易损件和人为损坏），包括工程师的差旅费、人员工资、主机、板卡等。当运行出现故障时，故障响应时间应在 12 小时之内，故障修复时间原则上应 48 小时之内，特殊情况可适当延迟，合同期限内应保证设备的正常运转天数达到全年天数的 90%以上。	
3	供方负责整机的终身维修，在一个周期满后（三年），以优惠价维护和供应零配件。	

附件 2

大连市第五人民医院实时四维彩超保障使用服务采购项目开标现场确认表

序号	投标单位	投标文件是否密封完好 (是√/否×)	开标是否合法合规 (是√/否×)	投标单位法人或 授权代表签字

注：本表用于大连市第五人民医院询价采购项目现场开标前投标文件的密封性及开标合法合规性确认

2021 年 月 日



附件 3

关于无法参加大连市第五人民医院 实时四维彩超保障使用服务采购项目开标 的声明函

大连市第五人民医院：

贵院定于 2021 年__月__日__时__分在机关综合楼(F 座)六楼第__会议室对实时四维彩超保障使用服务采购项目进行开评标，我公司因故无法派人到场，我公司郑重声明，对项目开标时报价文件的密封性予以认可，对项目开标过程无异议。

联系人：_____，联系电话：_____。

公司名（公章）：_____

2021 年 月 日