

## 湖北科技学院附属第二医院临床设备购置竞争性磋商公告

(招标编号: HK2024-094-N)

项目所在地区: 湖北省, 咸宁市, 市辖区

### 一、招标条件

本湖北科技学院附属第二医院临床设备购置已由项目审批/核准/备案机关批准, 项目资金来源为自筹资金395万元, 招标人为湖北科技学院附属第二医院。本项目已具备招标条件, 现招标方式为其它方式。

### 二、项目概况和招标范围

规模: 预算金额: 395 (万元) 最高限价: 395

(万元) 购置临床设备1批, 详见第三章项目需求书采购清单

范围: 本招标项目划分为1个标段, 本次招标为其中的:

(001) 湖北科技学院附属第二医院临床设备购置;

### 三、投标人资格要求

(001湖北科技学院附属第二医院临床设备购置)的投标人资格能力要求: 1、满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定, 即:

- (1) 具有独立承担民事责任的能力;
  - (2) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;
  - (3) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力;
  - (4) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录;
  - (5) 参加政府采购活动前三年内, 在经营活动中没有重大违法记录;
  - (6) 法律、行政法规规定的其他条件。
- 2、单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人, 不得参加本项目同一合同项下的政府采购活动。
- 3、为本采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的, 不得再参加本项目的其他招标采购活动。
- 4、未被列入失信被执行人、重大税收违法失信主体, 未被列入政府采购严重违法

法 失信行为记录名单。

#### 5、本项目的特定资格要求：

（1）供应商所投产品属于医疗器械分类管理中第二类及以上产品的，供应商须具备《医疗器械生产许可证》或《医疗器械经营许可证》或《医疗器械经营备案凭证》；国家另有规定的从其规定。（2）供应商所投产品属于国家医疗器械管理的，二类及以上医疗器械须具备《医疗器械产品注册证》，国家另有规定的从其规定。；

本项目不允许联合体投标。

#### 四、招标文件的获取

获取时间：从2024年07月08日 08时30分到2024年07月12日 17时30分

获取方式：现场获取，获取竞争性磋商文件时，投标人代表须携带本人身份证原件以及下述资料加盖公章的复印件一套：①法定代表人资格证明书；②法定代表人授权委托书（法定代表人只需携带法定代表人资格证明书）；③法人或者其他组织的营业执照等证明文件（如投标人为自然人，应提供有效的自然人身份证明）；④本公告附件《项目报名登记表》。

#### 五、投标文件的递交

递交截止时间：2024年07月18日 09时00分

递交方式：湖北省宏博策工程造价咨询有限公司咸宁市咸宁大道93号台北茗苑二楼开标室纸质文件递交

#### 六、开标时间及地点

开标时间：2024年07月18日 09时00分

开标地点：湖北省宏博策工程造价咨询有限公司咸宁市咸宁大道93号台北茗苑二楼开标室

#### 七、其他

竞争性磋商公告

#### 项目概况

湖北科技学院附属第二医院临床设备购置采购项目的潜在供应商应在湖北省宏博策工程造价咨询有限公司（咸宁市咸宁大道93号台北茗苑二楼）

获取采购文件，并于2024年 7 月 18 日上午9点00分(北京时间)

前提交响应文件。

湖北省宏博策  
工程造价咨询  
有限公司

## 一、项目基本情况

- 1、项目编号：HK2024-094-N
- 2、采购计划备案号：/
- 3、项目名称：湖北科技学院附属第二医院临床设备购置
- 4、采购方式：竞争性磋商
- 5、预算金额：395（万元）
- 6、最高限价：395（万元）
- 7、采购需求：购置临床设备1批，详见第三章项目需求书采购清单
- 8、合同履行期限：合同签订后30日历天。
- 9、本项目（是/否）接受联合体投标：否
- 10、是否可采购进口产品：除高压注射器为进口产品，其他均为国产产品。
- 11、本项目（是/否）接受合同分包：否

## 二、申请人的资格要求

- 1、满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定，即：
  - (1) 具有独立承担民事责任的能力；
  - (2) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
  - (3) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
  - (4) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
  - (5) 参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；
  - (6) 法律、行政法规规定的其他条件。
- 2、单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人，不得参加本项目同一合同项下的政府采购活动。
- 3、为本采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的，不得再参加本项目的其他招标采购活动。
- 4、未被列入失信被执行人、重大税收违法失信主体，未被列入政府采购严重违法失信行为记录名单。
- 5、本项目的特定资格要求：
  - (1) 供应商所投产品属于医疗器械分类管理中第二类及以上产品的，供应商须具备《医疗器械生产许可证》或《医疗器械经营许可证》或《医疗器械经营备

案凭证》；国家另有规定的从其规定。（2）供应商所投产品属于国家医疗器械管理的，二类及以上医疗器械须具备《医疗器械产品注册证》，国家另有规定的从其规定。

### 三、获取采购文件

- 1、时间：2024 年 7 月 8 日至 2024 年 7 月 12 日，每天上午 08:30 至 12:00，下午 14:30 至 17:30（北京时间，法定节假日除外）
- 2、地点：湖北省宏博策工程造价咨询有限公司（咸宁大道93号台北茗苑二楼）
- 3、获取方式：现场获取。

获取竞争性磋商文件时，投标人代表须携带本人身份证原件以及下述资料加盖公章的复印件一套：①法定代表人资格证明书；②法定代表人授权委托书（法定代表人只需携带法定代表人资格证明书）；③法人或者其他组织的营业执照等证明文件（如投标人为自然人，应提供有效的自然人身份证明）；④本公告附件《项目报名登记表》。

- 4、售价：300（元）

### 四、响应文件递交时间及递交地点

- 1、开始时间：2024年 7 月 18 日08点30分（北京时间）
- 2、截止时间：2024年 7 月 18 日09点00分（北京时间）
- 3、送达地点：咸宁市咸宁大道93号台北茗苑二楼开标室

### 五、公告期限

自本公告发布之日起5个工作日。

### 六、公告媒体

湖北科技学院附属第二医院官网、中国招标投标公共服务平台、中国采购与招标网

### 七、联系方式

采购人：湖北科技学院附属第二医院

通讯地址：咸宁市温泉茶花路58号

联系方式：艾主任0715-8102698

### 2、招标代理机构信息

名 称：湖北省宏博策工程造价咨询有限公司

地 址：咸宁市咸宁大道93号台北茗苑二楼

联系方式：15272070888

### 3、项目联系方式

项目联系人：严伟

电 话：15272070888

### 八、监督部门

本招标项目的监督部门为湖北科技学院附属第二医院本院监督部门。

### 九、联系方式

招 标 人：湖北科技学院附属第二医院

地 址：咸宁市温泉茶花路58号

联 系 人：艾主任

电 话：0715-8102698

电子邮件：/

招标代理机构：湖北省宏博策工程造价咨询有限公司

地 址：咸宁市咸宁大道93号台北茗苑2楼

联 系 人：严伟

电 话：15272070888

电子邮件：276190181@qq.com

招标人或其招标代理机构主要负责人（项目负责人）：  （签名）

招标人或其招标代理机构：  （盖章）

附件:

| 项目报名登记表                  |                                               |                                                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 供应商计算机<br>端填写区<br>(非手填区) | 项目名称:                                         |                                                                                           |
|                          | 项目编号:                                         |                                                                                           |
|                          | 报名单位名称(此处加盖公章):                               |                                                                                           |
|                          | 联合体单位名称(如适用):                                 |                                                                                           |
|                          | 报名包号或标段(如适用):                                 |                                                                                           |
|                          | 采购预算:                                         | 项目类别: <input type="checkbox"/> 货物 <input type="checkbox"/> 服务 <input type="checkbox"/> 工程 |
|                          | 授权代表姓名:                                       | 移动电话:                                                                                     |
|                          | 授权代表身份证号:                                     |                                                                                           |
|                          | 电子邮箱:                                         |                                                                                           |
| 供应商报名手<br>动填写区<br>(手填区)  | 报名登记时间:      年   月   日   时   分                |                                                                                           |
|                          | 招标文件领取时间:      年   月   日   时   分              |                                                                                           |
|                          | 授权代表签字:                                       |                                                                                           |
|                          | 注: 授权代表签字时请确认所填表内信息无误, 代理机构对由<br>误填所造成的后果概不负责 |                                                                                           |