**采购公告**

柳州市中医医院拟对以下项目进行院内磋商采购，欢迎符合条件的供应商前来参加采购活动。

**一、项目名称：**地中海贫血基因筛查电泳分析仪及试剂采购项目

二、**项目编号：**LZSZYYY-C-2020-1-025

**三、项目的货物名称、数量及单位、简要规格型号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **数量及单位** | **配送周期** | **备注** |
| 1 | 地中海贫血基因筛查电泳分析仪 | 1套 | / | / |
| 2 | 地中海贫血基因检测试剂盒 | 1批 | 两年 | 只采单价，不采数量，按照实际计划采购数量供货及结算 |

如需进一步了解详细内容详见采购文件。

**四**、**供应商的资格要求：**

1.国内注册（指按国家有关规定要求注册的）生产或经营技术性能达到本次采购货物及服务的要求的供应商；

2.供应商须具有有效的医疗器械生产或经营相关证明：

**2.1生产第一类医疗器械的须具有生产备案凭证，生产第二类、第三类医疗器械的须具备有效的《医疗器械生产许可证》；**

**2.2经营第一类医疗器械不需具备许可和备案证明，经营第二类医疗器械的须具备经营备案凭证，经营第三类医疗器械的须具备有效的《医疗器械经营许可证》**

3.供应商及其提供的货物和服务符合国家法律法规及强制性规范所规定的条件；

4.本项目不接受联合体投标。

**五、采购文件的获取：**

1.获取时间：自2020年06月05日本公告发布之时起至2020年06月12日止的正常工作时间。正常工作时间是指每天上午8时00分到12时00分，下午3时00分到6时00分。

2.获取方式:

2.1当面获取

获取地点：柳州市城中区东环大道延长线东侧红葫路6号，柳州市中医医院东院（莲花山院区）行政办公楼5楼采购办，现场获取须报名人持身份证原件（非法人须同时提供授权证明原件）、营业执照复印件、医疗器械经营许可证明复印件，复印件需加盖单位公章。

2.2电子邮件获取（**务必提供联系人和联系方式，并请发送邮件后务必拨打电话0772-3357423进行确认）**

发送资料邮箱：lzszyyycgb@163.com，电子资料须提供：营业执照复印件（复印件加盖单位公章）、医疗器械经营许可证复印件（复印件加盖单位公章）、联系人身份证复印件（非法人须同时提供授权证明）、联系人电话和邮箱地址。

**六、保证金 (人民币)**：人民币贰仟圆整（￥2000.00）

1.供应商应于**获取采购文件前**将保证金缴纳，可以以电汇、转帐、网上银行、现金等方式缴纳。

2.开户名称：柳州市中医医院

 开户银行：农行柳州广场支行

 银行账号：20 1123 0104 0001 387

3.如果以现金方式缴纳的保证金，缴纳地点：柳州市城中区东环大道延长线东侧红葫路6号，柳州市中医医院东院（莲花山院区）行政办公楼4楼财务科。

**4.保证金退还方式：统一以转账方式，退还到供应商对公账户，其他方式不予退还。**

**七、响应文件递交截止时间、开启时间和地点:**

响应文件开始接收时间：2020年06月18日下午3时00分（或另行通知）；

响应文件递交截止时间：2020年06月18日下午3时30分（或另行通知）；

响应文件递交地点：柳州市城中区东环大道延长线东侧红葫路6号，柳州市中医医院东院（莲花山院区）行政办公楼5楼采购办，对逾期送达或未按照采购文件要求递交、密封的响应文件，采购办有权拒收。

**八、磋商时间及地点：**

2020年06月18日下午3时30分截止后为评审小组与竞价供应商磋商时间。地点：柳州市中医医院东院（莲花山院区）行政办公楼5楼采购办会议室（柳州市红葫路6号）（或另行通知）。

参加磋商的法定代表人（负责人或自然人）或委托代理人必须持**有效身份证原件**依时到达指定地点等候当面协商。

**九、公告、公示途径：**

1.柳州市中医医院官网http://www.lzzyy.com/

2.柳州市中医医院院内网

3.柳州市中医医院采购办公告公示栏

**十、联系事项**：

1.采购人：柳州市中医医院

联系地址：柳州市城中区东环大道延长线东侧红葫路6号

联系电话：0772-3357423

联系邮箱：lzszyyycgb@163.com

2.监督部门：柳州市中医医院纪律监察室

联系电话：0772-3357113

柳州市中医医院

 2020年06月05日