**泸西县中医医院口腔科小设备紧急采购项目**

**采购文件**

**项目编号：lxxzyyysb-2023-0012**

**采 购 人：泸西县中医医院**

**泸西县中医医院口腔科小设备紧急采购项目**

一、项目基本情况

项目编号：**lxxzyyysb-2023-0012**

项目名称：泸西县中医医院口腔科小设备紧急采购项目

预算金额：口腔医学小设备一批：10000.00元。

采购需求：口腔医学小设备一批，如需使用配件请自行整理报价。具体参数详见采购文件。

合同履行期限：自合同签订之日起30天内完成；

本项目不接受联合体投标。

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；

2.落实政府采购政策需满足的资格要求：节约能源、保护环境、扶持不发达地区和少数民族地区、促进中小企业发展等政府采购政策。

3.本项目的特定资格要求：

3.1 报价方营业执照 （三证合一）（复印件加盖公章）；

3.2 法定代表人授权书（原件）；

3.3 生产厂家资质；

3.4 本项目不接受联合体投标，以上资格条件必须同时具备。

三、提交响应文件截止时间及方式

2023年4月10日前，将响应文件盖章扫码后发送至邮箱（lxxzyyy120@163.com）或邮寄泸西县中医医院采购办。

四、公告期限

自本公告发布之日起5个工作日。

五、其他补充事宜

本次采购公告在泸西县中医医院官网（<http://www.lxxzyyy.com/xinwenzhongxin/zbcg/>）上发布。

六、对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

采购人信息

名 称：泸西县中医医院

地址：泸西县中枢镇文秀路

联系方式：0873-6621879

1. 响应文件格式（由报价方填写）

（一）报价表

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 | 内 容 |
| 报 价 | 小写： 大写： |
| 合同履行期限 | 自合同签订之日起\_\_日内完成 |

申请人： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系方式：

填表时间： 年 月 日

1. 法定代表人身份证明书

申请人名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （申请人名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证

申请人： （盖单位公章）

 年 月 日

1. 授权委托书

本人 （姓名） 系 （申请人名称） 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、递交、撤回、修改 （项目名称） 响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：授权委托代理人身份证

申请人： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格** | **单位** | **数量** | **单价（元）** | **总价** | **品牌** |
| 2 | 根管充填器套装 |  | 板 | 1 |  |  |  |
| 3 | 高速手机 |  | 把 | 1 |  |  |  |
| 4 | 洁牙机 |  | 台 | 1 |  |  |  |
| 5 | 碧兰注射器 |  | 把 | 1 |  |  |  |
| 6 | 光固化机 |  | 台 | 1 |  |  |  |
| 7 | 阻生齿牙挺 |  | 把 | 1 |  |  |  |
| 8 | 开冠挺 |  | 把 | 1 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |

（四）采购需求

（五）申请人基本情况

附：营业执照、资质证书（复印件加盖公章）

（六）供货方案及承诺（格式自拟，加盖公章）

（七）所投产品相关资料（格式自拟）

附：产品相关资料（复印件加盖鲜章）

（八）其他材料（格式自拟，加盖公章）