

锦州医科大学附属第三医院 院内分散采购

项目名称： 锦州医科大学附属第三医院
药品追溯码高拍仪 5 台项目

项目编号： JZYKDXFSDSYFSCG20250515

采购部门： 信息中心

锦州医科大学附属第三医院 药品追溯码高拍仪 5 台采购项目

项目概况

锦州医科大学附属第三医院药品追溯码高拍仪 5 台采购项目的潜在供应商应进行到场报名，并于 2025 年 05 月 27 日 09 点 00 分（北京时间）递交投标文件

一、项目基本情况

项目编号：JZYKDXFSDSYFSCG20250515

项目名称：锦州医科大学附属第三医院药品追溯码高拍仪 5 台采购项目

采购方式：竞争性谈判

预算金额：35000 元

最高限价：35000 元

采购需求：锦州医科大学附属第三医院药品追溯码高拍仪 5 台

合同履行期限：以签订合同为准

本项目（否）接受联合体投标

需落实的政府采购政策内容：落实政策为促进中小企业、促进残疾人就业、支持监狱企业、支持脱贫攻坚等相关政策

二、供应商的资格要求：

- 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：无
- 3.本项目的特定资格要求：
 - 3.1 供应商须在中国境内注册，有能力完成本次采购项目所要求的全部服务内容
 - 3.2 截至递交响应文件截止时间前，经“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（www.ccgp.gov.cn）查询，被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单的不得参加本采购项目
 - 3.3 本项目不得分包或转包

三、响应文件提交

地点：锦州医科大学附属第三医院，门诊楼五楼信息中心会议室（开标现场）

提交时间：2025年05月27日09点00分（北京时间）

数量：纸质版投标文件1份

四、公告期限

自本公告发布之日起3个工作日

五、质疑与投诉

供应商认为自己的权益受到损害的,可以在知道或者应知其权益受到损害之日起七个工作日内,向采购单位提出质疑

1、接收质疑函方式:书面纸质质疑函

2、质疑函内容、格式:应符合相关规定

质疑供应商对采购人答复不满意,或者采购人未在规定时间内作出答复的,可以在答复期满后 15 个工作日内向锦州医科大学附属第三医院监督部门提起投诉

六、其他补充事宜

本项目发布媒介“锦州医科大学附属第三医院”

七、凡对本次采购提出询问,请按以下方式联系

名称: 锦州医科大学附属第三医院

地址: 锦州市凌河区和平路五段 2 号

联系人: 张先生

联系方式: 0416-3999092

锦州医科大学附属第三医院

2025 年 05 月 20 日

正本

响 应 文 件

项目名称：

项目编号：

供应商名称：

目 录

一、资格证明材料

.....

二、符合性证明材料

.....

三、其它材料

.....

我单位的响应文件由资格证明材料、项目相关证明材料和其它材料三部分组成，在此加盖单位公章并由法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人签字，保证响应文件中所有材料真实、有效。

供应商名称（加盖单位公章）： _____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章)： _____

日期： _____

法定代表人（或非法人组织负责人）身份证明书

姓名：____，性别：____，出生日期：____，现任职务：____，系
(供应商名称) 的法定代表人（或非法人组织负责人）。

特此证明。

(※法定代表人（或非法人组织负责人）身份证正、反面复印件※)

供应商名称（加盖单位公章）：_____

日期：_____

法定代表人（或非法人组织负责人）授权委托书

单位名称：_____

法定代表人（或非法人组织负责人）姓名：_____ 身份证号码：_____

住所地：_____

授权委托人姓名：_____ 身份证号码：_____

工作单位：_____

住址：_____ 电话：_____

现委托_____就（项目编号、项目名称、包号）政府采购活动，以我单位名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于___年___月___日签字或盖章生效，**无转委托**，特此声明。

(※授权委托书身份证正、反面复印件※)

委托人（加盖单位公章）：_____

法定代表人（或非法人组织负责人）（签字或盖章）：_____

授权委托人（签字或盖章）：_____

详细通讯地址：_____ 邮政编码：_____

传 真：_____ 电 话：_____

日 期：_____

具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度的承诺函

(格式自拟)

供应商名称（加盖单位公章）： _____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章)： _____

日期： _____

具备履行合同所必需的设备和专业技术能力声明函

(格式自拟)

供应商名称（加盖单位公章）：_____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章)：_____

日期：_____

参加政府采购活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的 书面声明

（采购人或采购代理机构名称）：

在本项目提交响应文件截止时间前，我单位参加本次政府采购活动前 3 年内在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚的重大违法记录；通过“信用中国”（网站：www.creditchina.gov.cn/）、“中国政府采购网”（网站 www.ccgp.gov.cn）等渠道查询，我单位未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

如发现我单位提供的声明函不实时，我单位将按照《政府采购法》有关提供虚假材料的规定，接受处罚。

特此声明。

供应商名称（加盖单位公章）：_____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人（签字或盖章）：_____

日期：_____

响应函

（采购人或采购代理机构）：

根据贵方（项目名称）项目的采购公告（项目编号），签字代表（姓名、职务）经正式授权并代表供应商（名称、地址）提交下述正本份、副本份及电子文档份，并以 / 形式出具的金额为 / 人民币元的磋商保证金。

据此，签字代表宣布同意如下：

- （1）本项目响应总价详见报价一览表。
- （2）本响应有效期为自递交响应文件截止之日起 90 日历日。
- （3）已详细审查全部采购文件，包括所有补充通知（如果有的话）。
- （4）在规定的磋商时间后，遵守采购文件中有关保证金的规定。
- （5）我方不是为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，我方不是采购代理机构的附属机构。
- （6）在领取成交通知书的同时按采购文件规定的形式，向采购代理机构一次性支付采购代理服务费（适用于成交供应商支付采购代理服务费情形）。
- （7）按照贵方要求，提供与其响应有关的一切数据或资料，完全理解贵方不一定接受最低价的响应。
- （8）按照采购文件的规定履行合同责任和义务。
- （9）我方承诺响应文件中的证明材料真实、合法、有效。

与本项目有关的一切往来通讯请寄

地 址：_____ 传 真：_____

电 话：_____ 电子邮件：_____

法定代表人（非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章)：_____

供应商名称（加盖单位公章）：_____

供应商开户银行（全称）：_____

供应商银行帐号：_____

日 期：_____

报价一览表

包号:

报价单位:

服务名称	响应总价	履约期限	履约地点	备注
	小写: 大写:			
最后报价		现场填报		

注：1、此表中，响应总价应和服务价格明细表的总价相一致。

2、供应商应按磋商小组要求，在规定时间内提交最后报价（现场填报）。

供应商(加盖单位公章):_____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章):_____

日期:_____

服务价格明细表

包号:

报价单位:

序号	服务名称	单价	总价	备注
总价				

注：1.此表中，总价应和报价一览表的响应总价相一致。

2.本表可根据实际情况进行拓展。

供应商名称(加盖单位公章):_____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章):_____

日 期:_____

服务需求响应表

包号/序号:				
服务内容:				
采购文件要求 重要提示：实质性要求及重要指标用★标注（“★”必须标注在序号前），★标注项不得负偏离，如果负偏离，则响应文件无效。	响应文件 响应内容	偏离程度	偏离说明	证明资料
按服务需求填写				
其它	采购单位未提供需求而供应商认为需说明及补充的内容在此填写			

填表说明：

1. “响应文件响应内容”一栏由供应商填写。
2. “偏离程度”一栏根据“响应文件响应内容”与采购文件逐项对照的结果填写。偏离必须用“正偏离、负偏离或无偏离”三个名称中的一种进行标注。
3. “偏离说明”一栏由供应商对偏离的情况做详细说明。

供应商(加盖单位公章):_____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章):_____

日 期:_____

商务条款偏离表

包号:

序号	采购文件的商务条款 (实质性要求及重要指标用★标注, ★标注项不得负偏离, 如果负偏离, 则响应文件无效。)	响应文件响应内容	偏离程度	偏离说明
1	★履约期限: 具体以甲乙双方签订合同为准。			
2	★履约地点: 锦州医科大学附属第三医院			
3	★付款方式: 以签订合同为准。			
4	其它	采购单位未提供需求而供应商认为需说明及补充的内容在此填写		

填表说明:

1. “响应文件响应内容”一栏由供应商填写。
2. “偏离程度”一栏根据“响应文件响应内容”与采购文件逐项对照的结果填写。偏离必须用“正偏离、负偏离或无偏离”三个名称中的一种进行标注。
3. “偏离说明”一栏由供应商对偏离的情况做详细说明。

供应商名称(加盖单位公章):_____

法定代表人(或非法人组织负责人)或其授权委托人(签字或盖章):_____

日期:_____

中小企业声明函（服务）

本公司郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库〔2020〕46号）的规定，本公司参加（单位名称）的（项目名称）采购活动，服务全部由符合政策要求的中小企业承接。

相关企业的具体情况如下：

1.（标的名称），属于（ ）；承接企业为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

2.（标的名称），属于（ ）；承接企业为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

.....

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日 期：

注明：从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填

报

服务需求

采购人应对服务提出详细的内容、标准及相关要求

一、★履约期限：具体以甲乙双方签订合同为准

二、★履约地点：锦州医科大学附属第三医院

三、★付款方式及条件：以签订合同为准

四、★服务需求：

1、营业执照复印件加盖 公章；

2、开户许可证复印件加 盖公章；

3、投标授权委托人或法 人身份证复印件加盖公 章；

4、应自觉抵制政府采购 领域商业贿赂行为；

5、技术要求

参数表

相关参数	
分辨率	≥1920*1200
像素	230 像素
传感器	CMOS 传感器
景深	可达 320mm
扫码格式	一维码:Codabar/Code39/Code93/Code128/EAN13/ISSN/ISBN 等
	二维码:DataMatrix/QR

	code/MicroQR/Vericod/Maxicode/PDF417 等
帧率	60fps
最小精度支持	≥4mil
读码数量	≥100 个码/秒
扫码补光	支持，可独立控制的 LED
扫码高度	≥最高 345-460mm
扫码幅面	≥350mm*300mm
自动扫码	支持自动扫码识别
条码去重	支持条码去重功能，防止重复录入
扫码时间	≤0.3S
数据传输	USB2.0
支持操作系统	Windows XP-Windows11 /Android/Linux
功耗	22W
工作电流	900mA
供电方式	24V 电源适配器
其他参数	
结构	底座支持快速拆装,4 种高度可调节
底座	合金材质硬底座
特点	包含个性化绿色光点指示器、扫码指示灯及电源开关按钮、支持语音播报，提示音量可调节

外部接口	DC、RJ45、USB
物理规格	
整机尺寸	350mm*300mm*570mm(含硬底座)
二次开发支持	
SDK 开发包	可提供标准扫码 sdk
环境及可靠性	
工作温度	工作温度 0℃ ~ 50℃,湿度 <90%RH
工作湿度	工作湿度 10% ~ 85%RH
售后服务	整机质保 1 年

