第二章 供应商须知

**一.前附表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 条款名称 | 内容及要求 |
| 1 | 采购人 | 鄂尔多斯应用技术学院附属医院  联系人：徐老师 联系电话：19904776706  地址：鄂尔多斯应用技术学院附属医院 |
| 2 | 项目内容及要求 | 详见询价文件第三章 |
| 3 | 采购预算 | 50000 元 |
| 4 | 分包情况 | ☑一整包、□共 1 包 |
| 5 | 付款方式 | □国库集中支付、☑单位自行支付、□其他 |
| 6 | 采购方式 | 询价 |
| 7 | 评标办法 | 最低评标价法 |
| 8 | 供应商资格要求 | 详见谈判公告 |
| 9 | 谈判时间 | 2024年01月24日时上午9时50分 |
| 10 | 谈判地点 | 鄂尔多斯应用技术学院附属医院门诊楼四层会议室 |

**二.报名须知**

**1.报名方式**

报名方式采用现场报名，至鄂尔多斯应用技术学院附属医院门诊楼四层会议室。

1. **报名时间：**2024年01月24日8:30-9:30。

**第三章 服务需求**

一.主要商务要求

|  |  |
| --- | --- |
| 主要商务条款 | 具体要求 |
| 采购预算 | 元 |
| 交付使用时间 | 合同签订后10 日内。 |
| 交付使用地点 | 采购人指定地点。 |
| 投标有效期 | 从提交响应文件的截止之日起3日历天。 |
| 质保期 | 1年。 |
| 付款方式 | 项目经验收合格后，采购人向中标供应商支付合同金额的100%。 |

鄂尔多斯应用技术学院附属医院在驻鄂尔多斯应用技术学院医务室设立独立药房，药房经营范围为：中成药、化学药制剂、抗生素制剂、生化药品、生物制品、精制中药饮片医疗器械、保健食品、消字号产品。品类齐全可以满足广大师生的用药需求，需配有专业的执业药师指导用药。

1.为学生和教职工提供方便快捷的药品购买渠道。

2.提高校园健康管理水平，方便学校进行药品采购和管理，有利于控制药品的质量和安全。

3.提供医保刷卡服务。

**商务资质要求**

1、投标人须具备《政府采购法》第二十二条规定的条件。

2、投标人是代理商的还须取得生产厂商针对本项目的唯一授权代理资格；

3、法定代表人的授权书及被授权代表人的身份证原件的扫描件；

4、制造厂家必须具有技术监督部门颁发的检测报告；

**备注：以上商务要求为必须满足的，若有一条无法满足，将直接作废标处理**

**评分：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **评标 项目** | **评标分项** | **分值** | **评分方法** | **得分** |
| 报价 部分 30分 | 报价得分 | 30分 |  |  |
| 商务  部分  44分 | 商务资质 | 8 |  |  |
| 社会责任 | 5 |  |  |
| 企业荣誉 | 10 |  |  |
| 专利 | 21 |  |  |
| 技术 部分 10分 | 产品安全 | 10 |  |  |
| 项目实施及售后保障 16分 | 项目实施方案 | 6 |  |  |
| 售后服务方案 | 5 |  |  |
| 标书制作 | 5 |  |  |