

阳春市人民医院冰冻切片机维修服务采购的 三次询价公示

一、项目名称：阳春市人民医院冰冻切片机维修项目

二、项目地点：阳春市人民医院

三、标的的信息

序号	设备名称	品牌	型号	故障	数量	单价(元)
1	冰冻切片机	徕卡	Leica CM1950	冰冻切片制冷模块无法制冷降温，导致冰冻无法切片	1 项	
合计(元)						

注：以上报价包含但不限于维修费、配件费用、运输费、差旅费及保修期费用等含税价。采购人不再支付任何其它费用。

四、供应商资格

1、供应商基本资格条件

(1) 具有独立承担民事责任的能力；

(2) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

(3) 在采购截止时间前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。

2、本项目不接受联合体。

五、公示期限：2025年11月27日至2025年12月3日。任何供应商、单位或个人对采用院内采购公示有异议的，可以向采购人以书面形式实名反映。

六、报名时间：自2025年11月27日08:00至2025年12月3日16:00止（北京时间）。

七、响应资料要求：

1. 响应文件袋封面需注明项目名称、报价单位、联系人和联系电话，密封并加盖响应单位公章，

2. 响应文件要求提供：报价单、营业执照复印件、响应单位法定代表人授权委托书双方签字（附双方身份证件扫描件）、资信承诺书，

3. 需注明维修所需时间及保修时间。

4. 报价资料一式两份。以上资料均需加盖单位公章。

八、提交响应文件方式：邮寄或直接送达的方式提交到我院后勤保障部（采购）。

九、联系方式：

联系部门：阳春市人民医院后勤保障部（采购）

联系人：肖工，联系电话：0662-7768532

联系地址：广东省阳春市春城街道环城南路 24 号

十、采购需求：

1、提供的配件必须匹配原设备并能正常使用。

2、预计三方、代理商产品均能满足需求，视临床需求为准。

3、要求能修复设备并通过性能检测合格。

4、维修更换配件保修时限应大于 6 个月。

附件：资信承诺书

阳春市人民医院

2025 年 11 月 27 日

附件：

资信承诺书

阳春市人民医院：

我单位在参加阳春市人民医院冰冻切片机维修项目的报名活动中，郑重承诺如下：

- 1、我方报名的所有资料都是真实、准确、完整的；
- 2、我方无资质挂靠公司等违法经营行为；
- 3、我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的处罚；
- 4、若我方中标，将严格按照规定及时与贵司签订合同；
- 5、若我方中标，将严格按照所承诺的报名等内容组织实施。

若我方违反上述承诺，被贵院发现或被他人举报查实，无条件接受贵院作出的不良行为处罚。对造成的损失，任何法律和经济责任完全由我方负责。

报价单位（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字或签章）：

日期： 年 月 日