附件1：

**采购项目需求**

# 一、项目概况

本项目为医用氧气、液氧采购项目。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **标的名称** | **预算（万元）** | **限高价** |
| 医用氧气、液氧 | 5.3 | 5.3 |

# 二、项目详细内容

**★1.采购清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格 | 执行标准 | 单位 | 限高单价/元 |
| 1 | 医用氧气 | 40L | 纯度≥99.5% | 瓶 | 38 |
| 2 | 医用氧气 | 10L | 纯度≥99.5% | 瓶 | 30 |
| 3 | 医用氧气 | 5L | 纯度≥99.5% | 瓶 | 25 |
| 4 | 医用液氧 | \ | 纯度≥99.99% | 吨 | 2400 |

★2.技术要求

1. 报价包含气体和气瓶的使用费及运输费，投标人根据采购人所需气瓶数量和规格大小，提供质检合格期内的气瓶使用，院方不单独购买气瓶。投标人提供质量管理体系认证证书。
2. 货物出现质量问题，投标人应负责三包(包修，包退，包换)，费用由投标人负担。
3. 由投标人负责所有气瓶进行维护、售后及年审，每年为医院办理气瓶的质检手续，包括安全阀、压力表的定期检验和更换，（每年办理一次，定期检验合格证到期后可以决定是否更换，）此费用已包含于本项目中，采购人不再另行支付。
4. 气体、气瓶的生产和充装必须满足国家现行强制标准和相关法律法规的要求，如瓶装气体产生故障，投标人要在 2 小时内到现场协助处理。
5. 产品计量:医用瓶装气的计量以实际使用瓶数为计量依据，并保证数据准确无误，双方保留复验的权利，双方签字确认的送货单为收货凭证；瓶装气的计量以双方签字的产品交付登记本为计量基本依据，投标人配送和回收气瓶时双方需当面点清数量并签字。产品验收：投标人供应给采购人的气体产品品质严格按照 TSGR0001-2014《气瓶安全技术监察规程》的气瓶，投标人每批次产品出具对应的检验报告单，采购人收到瓶装气时应当当场对气瓶进行检查，采购人有权拒收并退回外观损伤、气瓶附件（阀门、连接件、接口等）不全等可能存在安全隐患的气瓶，采购人对气体产品质量现场检验认可收货。合同期内，投标人应保证其具备提供货物所需资质及相关许可，若资质临近过期，应提前一个月告知采购人，双方协商妥善处理后续交接或解约事宜。
6. 投标人根据采购人提供的气体需求量配置足量的周转气瓶数量，以满足采购人气体使用需求，因采购人用气量增加而需要增加周转气瓶数量的，采购人提前 7 日向投标人申请增加周转气瓶，投标人应无条件满足采购人的正常用气需求（因采购人原因造成气瓶丢失或将气瓶挪为他用除外）。
7. 投标人按照合同约定及相关法规给采购人提供气体产品及气瓶，采购人须为投标人气体产品运输和装卸提供安全便利通道，气体产品及气瓶交付前安全责任由投标人承担，交付后安全责任由采购人承担，采购人必须按照国家相关规定及产品的安全技术说明书操作、搬运、使用、储存。投标人按照相关法规为采购人提供气体及气瓶，投标人工作人员在采购人现场送货时须遵循采购人相关安全和管理规定，如有违章作业和野蛮装卸，采购人可以向投标人管理人员进行投诉和要求整改，严重时可以向有关部门进行投诉。并记入供应商季度考核，投标人工作人员在采购人现场违章作业和野蛮装卸导致安全责任事故的，投标人应承担由此造成的一切法律责任。
8. 采购人和中标人应充分理解并认识危险化学品的理化性质，合同签订同时中标人提供相应的《安全技术说明书》作为合同附件一并交由采购人。

★3.商务要求

1. 送货时间：采购人通知送货后，于次日早上 7 点至晚上 8 点之内的时间段送货。
2. 供货地址：四川省妇幼保健院晋阳院区（成都市武侯区沙堰西二街290号）、四川省妇幼保健院天府院区（成都市双流区岐黄二路1515号）等采购人指定地点。
3. 付款方式：按月据实结算。中标人每月根据送货单统计数量向采购人开具全额增值税发票（增值税税率执行国家实时税率），采购人收到收货凭据后 60 日内进行付款，本合同支付上限：5.3万元。中标人开票信息应与合同预留账户信息一致。如有变更，中标人应当在变更后 3 日内通知采购人。否则，由此造成的损失由中标人自行承担。
4. 结算方式：实际结算=单价最高限价\*（1-下浮率）\*实际送货量。
5. 价格调整机制：中标人在签订合同后 30 日历日内，应当向采购人提供供货价格明细，并每半年进行一次市场价格询价（市场询价不少于 3 家），经采购人确认后，若价格有下浮，按照下浮后价格进行结算。次年按照下浮后的价格进行签订。

附件2：

**报价表**

|  |  |
| --- | --- |
| 报送单位：四川省妇幼保健院 | 报价单位： |
|  | 联系方式：  联系人： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格** | **单价（元）** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |

**附件一：营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一营业执照**

**附件二：危化品经营许可证，气瓶充装许可证**

**附件三：法定代表人身份授权书**

附件3：法定代表人身份授权书

（采购单位名称）：

本授权声明：（投标人名称）

（法定代表人姓名、职务）授权（被授权人姓名、职务）为我方“”项目采购活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关采购、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

授权代表签字：

被授权代表签字：

投标人名称：（加盖公章）

日期：

★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。