**采购文件**

项目名称：重庆市秀山县人民医院眼视光中心配镜服务项目

项目编号：XSRMYY—Z202216

采购人：重庆市秀山县人民医院

二〇二二年七月

目 录

第一章 邀请函

第二章 投标人须知

第三章 项目需求

第四章 商务要求

第一章 邀请函

根据医院业务开展需要，重庆市秀山县人民医院拟对眼视光中心配镜服务项目进行采购，欢迎符合相关要求的投标人参加。

1. 项目名称：重庆市秀山县人民医院眼视光中心配套项目

**项目编号：**XSRMYY—Z202216

二、**技术指导费（含场地费等）：≥6万元/年**

**三、采购文件：**投标人自行在重庆市秀山县人民医院官网下载。

**四、有关说明**

1.响应文件递交地点：秀山县人民医院行政楼会议室二。

2.响应文件递交开始时间：2022年7月19日09:30（北京时间）。

3.响应文件递交截止时间：2022年7月19日10:00（北京时间）。

4.评标时间：2022年7月19日10:00（北京时间）。

5.评标地点：重庆市秀山县人民医院行政楼会议室二。

6.注意事项：投标人应在响应文件递交截止时间前到秀山县人民医院行政楼会议室二签到确认。逾期未签到者视为放弃参与。

**五、相关规定**

1.超过响应文件递交截止时间或不按规定密封的响应文件，恕不接受。

2.本项目所有补遗文件（如果有）一律在秀山县人民医院官网（https://www.cqxs120.net/）上发布，请各投标人注意下载。

3.投标人如对采购文件有疑问，必须以书面形式在响应文件递交截止时间一个工作日前向秀山县人民医院医务科要求澄清，医务科可视具体情况做出处理或答复。如投标人未提出疑问，视为完全理解并同意本采购文件要求。

**六、现场勘查。**

1.本项目组织现场勘查，勘查报到时间：2022年7月13日15:00-15:30（北京时间）；勘查报到地点：秀山县人民医院行政楼一楼医患沟通办公室；现场勘查时间：2022年7月13日15:30-16:30（北京时间）；联系人：黄老师，023-76680167。

2.投标人进行现场勘查需提供工商营业执照复印件、身份证原件、员工授权书、以及授权员工近半年连续3个月社保缴费记录。法定代表人本人参加现场勘查不需要授权书和社保缴费记录。

**七、联系方式：**

采购单位：重庆市秀山县人民医院

联 系 人：黄老师

联系电话：023-76680167

第二章 投标人须知

**一、采购费用**

无论采购结果如何，投标人参与本次采购的所有费用均应由投标人自行承担。

二、**投标人资质**

合格的投标人应具备承担采购项目的能力，符合以下条件规定。

（一）基本资质条件

1.合法有效的营业执照；

2.具有独立承担民事责任的能力；

3.具有良好的商业信誉；

4.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

5.参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6.法律、行政法规规定的其他条件。

（二）特定资格条件：

营业执照中经营范围应有：验光配镜、眼镜及其护理产品等内容。

**四、采购要求**

（一）响应文件的组成

1. 封面（格式附后）；

2. 报价表；

3. 法定代表人身份证明书；

4. 法定代表人授权委托书（格式附后）及授权员工近半年连续三个月的社保缴费记录；

5. 项目内容及要求响应偏离表；

6. 商务条款响应情况表；

7. 投标人资质证明：营业执照（复印件加盖投标人公章）；

8. 配套项目开展方案；

9. 相关业绩、其他优惠条款等。

（二）响应文件的制作

1. 投标人须按以上采购文件组成内容编制响应文件并装订成册。

2. 响应文件的份数

响应文件共三份，其中正本一份，副本两份，如正副本内容不符，以正本为准，副本可为正本的复印件。

1. 响应文件的签署

响应文件报价表应由法定代表人或授权代表签名并加盖公章。授权代表参与响应的需提供由法定代表人签字并加盖单位公章的授权委托书原件。

1. 响应文件的密封

响应文件的正本、副本均应用信封密封。信封上注明项目名称、投标人名称和地址、“正本”、“副本”等字样。信封封口处须加盖投标人公章或由法定代表人（或授权代表）签字。

**四、成交原则**

由评标小组对各投标人的响应文件进行评审，按照“评审因素的量化指标评审，得分最高”的原则确定中标人。

评分标准：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评分因素**  **及权重** | | **分值** | **评分标准** | **说明** |
| 1 | 投标报价  （20%） | | 20分 | 有效投标人报价的平均值作为评标基准价，等于或大于评标基准价的得20分，小于评标基准价的价格分按下列公式计算：  投标报价得分＝（投标报价/评标基准价）×20。  投标人技术配套方案得分为0分，报价无效；  备注：投标人报价低于限价，报价无效。 |  |
| 2 | 技术部分（50%） | 人员配备 | 10分 | 提供取得国家三级及以上资质的验光师1名，提供高级验光员1名得5分，提供二级验光师1名得10分，满分10分。 |  |
| 服务能力 | 20分 | 可配置近视、远视控制镜片得4分。  可配置斜视弱视治疗用光学眼镜得3分。  可配置高端定制眼镜得3分。  开展斜视弱视矫正康复训练得5分，开展斜视弱视康复训练≥500人次加2分，开展斜视弱视康复训练≥1000人次加5分，满分10分。  备注：提供相关记录等资料，未提供不得分。 |  |
| 设施设备配备 | 10分 | 验光、加工设备配置齐全得5 分，具备进口验光及加工设备加5分，满分10分。  注：提供设备购买发票复印件等并加盖鲜章。 |  |
| 品牌代理能力 | 10分 | 经营6个以上眼镜品牌得6分，经营8个以上眼镜品牌得8分，经营10个以上眼镜品牌得10分，总分10分。  备注：提供近1年内（截止到2022年6月30日）进货单及销售单的品牌一致性材料，并加盖投标人鲜章。 |  |
| 3 | 商务部分  （30%） | 技术  配套方案 | 15分 | 投标人根据现场勘查情况制定可靠、合理的实施方案，协助提升医院眼科的学科品牌能力，优11～15分、良6～10分，一般1～5分。  备注：未参加现场勘查，本项目得零分。 |  |
| 业绩 | 15分 | 三年内进入中小学校开展儿童青少年近视防控宣传及筛查情况：  进入一所中小学开展近视防控宣传活动得1分，增加1所学校加1分，此项最高得10分。  进入中小学视力筛查人次≥1000人次得3分。  进入中小学视力筛查人次≥2000人次得5分。  备注：提供相关活动图片、记录等资料，未提供不得分。 |  |

**五、无效响应条款**

投标人或其响应文件出现下列情况之一者，应为无效响应：

1.响应文件未按采购文件要求签名和盖章的；

2.不具备采购文件中规定的资格要求的；

3.报价低于采购文件中规定的预算金额或者限价的；

4.响应文件含有采购人不能接受的附加条件的；

5.投标人串通响应的；

6.投标人组成联合体响应的（拒绝联合体响应时适用）；

7.法律、法规和采购文件规定的其他无效情形。

**六、废标条款**

评审委员会评审时出现以下情况之一的，应予废标：

1.符合专业条件的投标人或者对采购文件作实质响应的投标人不足三家的；

2.投标人的报价均低于采购限价的；

3.出现影响采购公正的违法、违规行为的；

4.因重大变故，采购任务取消的。

废标后，除采购任务取消情形外，应当重新组织采购。

**七、成交通知**

成交结果将在秀山县人民医院官网（https://www.cqxs120.net/）上公示3天。

**八、质疑与答复**

1.投标人对成交结果有异议的，应当在成交公示期内以书面形式向秀山县人民医院纪检监察室（行政楼一楼）提出质疑，并附相关证明材料。

2.投标人所提供的相关资料真实性由其自行负责，承担相关的法律责任。

**九、合同签订**

1.中标人在公示期满3个工作日后与采购单位签订《配镜服务项目合同》，合同内容应与《采购文件》的内容和要求一致，合同违约责任等其他未明确事项，由供需双方在合同中协商约定。公示期满10个工作日内未签订合同者视为自动放弃。

2.若中标人放弃成交项目或不遵守响应承诺时，由秀山县人民医院重新组织采购。原中标人三年内禁止参与秀山县人民医院一切采购活动。

第三章 配套项目需求

### 一、项目场地情况：

秀山县人民医院门诊楼四楼眼科门诊旁约30㎡场地。

**二、项目内容及要求**

（一）项目内容：重庆市秀山县人民医院眼视光中心配镜服务项目。

（二）项目具体要求：

1.乙方具有相关行业正规资质，有较强的市场营销能力。

2.配备人员要求：具备眼视光学相关专业培训经历并取得国家三级及以上资质的验光师，并有定配资质的定配师。配备人员与乙方签订劳动合同，由乙方支付所有人力资源成本费用。

3.服务范围，包含但不限于以下服务内容：

（1）斜视弱视治疗用光学眼镜的配置。

（2）近视控制镜片的配置。

（3）视光相关眼病预防用镜片配置。

（4）具备视光相关眼病预防用镜片的配置，高端定制眼镜配置。

（5）儿童助视器的配置及康复训练。

（6）老年人各类助视器的配置。

（7）弱视患者及斜视术后视功能的训练和重建。

（8)数据管理：负责青少年眼视光保健档案的建立、跟踪护理方案、后续视保监控等，为相关临床研究提供依据。

第四章 商务要求

**一、 配套合作期、合作地点**

（一）合作期

项目合作期限2年，每年考核必须为合格，若考核结果为不合格，采购人有权随时解除项目合作。

（二）服务地点

服务地点：重庆市秀山县人民医院。

**二、报价要求**

**三、配套合作要求**

1.甲方（秀山县人民医院）提供门诊楼四楼眼门诊旁约30㎡场地作为配镜服务场地，乙方负责配镜服务场地的设计改造与装修，设计改造及装修方案需经甲方同意方可实施，设计、改造及装修等费用由乙方承担。配镜业务经营中产生的水电费由乙方自行承担。

2.乙方应按照国家的相关法律法规合法经营，所销售的产品质量应符合国家相关质量标准和技术规范。甲方有权对视光中心人员资质、技术能力，以及验光、配镜质量进行监督。

3.乙方自行妥善处理因配镜业务产生的纠纷投诉，避免对甲方造成不良影响。

4.乙方应配备配镜业务所需的各种仪器设备（符合国家标准的综合验光仪组合台、角膜曲率计或具备检测角膜曲率功能的电脑验光仪、电脑验光仪、焦度计、全自动磨边机等），仪器设备的所有权归乙方。

5.乙方配合甲方开展青少年近视防控科普工作，对医院眼科有学术支持，能配合提高眼科视光学教学和培训能力，配合眼科通过科普宣传和做好视光健康宣教。

6.现场服务人员不得少于2名，经专业培训后上岗，按规定进行营业操作，员工形象干净整洁、设施配备安全、到位。在进行营销宣传时不得有损害医院形象、信誉等言行和广告语。

**四、付款方式**

1.签订合同后，10日内缴纳第一年的技术指导费，以后每年提前10日内到采购方财务科缴纳次年技术指导费。

2.采购方按财务规定开具合法发票。

**五、中标人管理要求**

1.依法经营、证照齐全、按章纳税。

2.服从采购人及相关执法部门的管理、检查和监督。

3.不得擅自转租，不得擅自改变房屋结构。办公场所及人员应遵守采购人相关管理制度。

4.配合采购方开展青少年近视防控科普工作，不得宣传公司经营的相关产品。

5. 所销售的产品质量应符合国家相关质量标准和技术规范，因产品质量问题造成的纠纷由中标人自行解决。

6. 发布、张贴广告、宣传单等需经采购人审核后方可实施，在采购人指定位置张贴、发放。

7. 根据合同要求按时缴纳技术指导费，如果不按时缴纳，视为自动解除合同，自动解除合同后7日内撤离医院。

8. 接受院方价格（不偏离市场价）监管，负面影响（投诉）考核，年度汇总考核等。

**六、其他**

（一）中标人必须在响应文件中对以上条款和服务承诺明确列出，承诺内容必须达到本篇及采购文件其他条款的要求。

（二）其他未尽事宜由供需双方在合同中详细约定。

附件1

**封面**

**X本**

**资格响应文件**

项目编号：

项目名称：

投标人名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

设备一览表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 仪器设备配备表 | | | | |
| 序号 | 仪器名称 | 品牌 | 作用 | 数量 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 | ..... | ..... | ..... | ..... |

根据眼视光中心配套项目配备。

相关补充说明：

法定代表人或授权代表（签字）：

法定代表人或授权代表联系电话：

投标人名称（公章）：

年 月 日

技术响应偏离表

采购项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购需求 | 响应情况 | 差异说明 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

投标人： 法人授权代表：

（投标人公章） （签字或盖章）

年 月 日

注：

1、本表即为对本项目技术需求中所列技术要求进行比较和响应，响应情况栏填写配套项目的相关要求；

2、该表必须按要求逐条如实填写，根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”；

3、该表可扩展，并逐页签字和盖章；

4、可附相关技术支撑材料。（格式自定）

5、若“响应情况”栏中仅填写“无偏离”或“有偏离”等内容而未作实质性参数描述，该投标人将失去成为中标人的资格，仅保留其合格投标人的身份。

**法定代表人身份证明书（格式）**

（法定代表人姓名）在（投标人名称）任（职务名称）职务，是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（竞争人名称）的法定代表人。

特此证明。

（投标人全称）

年 月 日

（公章）

附：上述法定代表人住址：

身份证号码：

电 传：

网 址：

邮政编码：

（附：法定代表人身份证复印件）

**法定代表人授权委托书（格式）**

项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

致：\_\_重庆市秀山县人民医院\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标人名称）是中华人民共和国合法企业，法定地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标人法定代表人姓名）特授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_（被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理对上述项目的谈判、签约等具体工作，并签署全部有关的文件、协议及合同。

我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人签署的所有文件（在授权书有效期内签署的）不因授权的撤消而失效。

被授权人： 法定代表人：

（签字或盖章）（签字或盖章）：

（附：被授权人身份证复印件）

（投标人公章）

年 月 日

诚信声明

采购项目名称：

致： 重庆市秀山县人民医院 ：

（投标人名称）郑重声明，我公司具有良好的商业信誉，具有履行合同所必需的设备和专业技术能力，在合同签订前后随时愿意提供相关证明材料；我公司还同时声明参加本项目采购活动前三年内无重大违法活动记录，符合《政府采购法》规定的投标人资格条件。我方对以上声明负全部法律责任。

特此声明。

（投标人公章）

年 月 日

（结束）