

成都市温江区人民医院

压力容器检查服务采购项目（第三次）

院内遴选公告

因项目服务要求有较大调整，我院拟对压力容器检查服务进行第三次遴选，诚邀符合要求的供应商在本公告的有效期内将资料发送至本院采购部邮箱进行报名。

一. 项目基本情况

1、项目名称：

成都市温江区人民医院压力容器检查服务遴选项目（第三次）

2、项目详情：

项目需求：根据《TSG 21-2016 固定式压力容器安全技术监察规程》要求，对院区内 14 台压力容器进行检查并出具报告，且在一年内每月来院进行检查 1 次，并出具安全检查报告。

时间要求：合同签订后一天内需完成检查，15 天内出具报告

院区压力容器清单：

院区压力容器清单

序号	设备名称	产品编号	类别
1	正压-1	R2019-05746	I 类
2	正压-2	R2019-05745	I 类
3	正压-3	R2019-05747	I 类
4	口腔压缩空气-1	R2019-05686	I 类
5	口腔压缩空气-2	R2019-05687	I 类

6	冷凝器-1	G18J03522C	I 类
7	油分离器-1	18R03185	I 类
8	油分离器-2	18R03186	I 类
9	蒸发器-1	G18J03522E	I 类
10	管壳式蒸发器-1	14509	I 类
11	管壳式蒸发器-2	14502	I 类
12	管壳式蒸发器-3	14501	I 类
13	低温液体储槽	18-139	II 类
14	低温液体储槽	18-144	II 类

二、报价要求：

本项目预算金额为 17800 元，报价时以人民币报价。

三、供应商要求：

（一）. 投标人参加本次投标活动应具备下列条件：

1. 具有独立法人资格，相应的经营范围，独立承担民事责任的能力，并且具有有效的营业执照和经营许可。
2. 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力。
3. 具有完善的售后服务制度和良好的售后服务记录，能提供良好售后服务。
4. 在经营活动中三年内没有重大违法记录。
5. 本项目不接受联合体报名。

（二）. 投标人报名时需以下资料/物品：

1. 统一社会信用代码营业执照（企业法人）或统一社会信用代码法人登记证书（事业法人）复印件。
2. 授权书：法定代表人/单位负责人授权书原件、法定代表人/单位负责人身份证复印件、授权代表身份证复印件；授权书格式自拟，需明确授权人及受权人，需有双方签章。
3. 参加本次遴选活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录和无行贿犯罪记录的承诺函（格式自拟）。
4. 报价单（模板见附表）。

注：以上资料均需加盖公章，若提供资料不全、不实或未按要求提供，将导致投标或中标资格被取消。邮箱报价时，文件以及邮件命名格式为：项目名称+公司名称。

四．供应商不得具有的情形：

1. 提供虚假材料谋取成交；
2. 采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商；
3. 与采购人或其他供应商恶意串通；
4. 向采购人、专家小组成员行贿或者提供其他不正当利益；
5. 成交后无正当理由拒不与采购人签订采购合同；
6. 未按照文件确定的事项签订采购合同；
7. 合同转包或者违规分包；
8. 提供假冒伪劣产品；
9. 低于成本价不正当竞争；
10. 法律法规规定的其他情形。

注：供应商有上述情形的，按照规定追究法律责任，同时将取消被确

认为成交供应商的资格或者认定成交无效。

五. 公告期限、时间地点、联系方式:

公告期限: 自本公告发布之日起三个工作日

报名及提交资料截止: 2024 年 06 月 17 日 17:00

报名方式: 将文件要求的完整报名资料发送至采购部邮箱

邮箱地址: 2240851577@qq.com

联系时间: 09:00~11:30; 14:30~17:00

地 址: 成都市温江区康泰路 86 号, 成都市温江区人民医院第三
住院部 9 楼采购部办公室

联 系 人: 肖老师

联系电话: 028-82720735

六. 遴选时间: 报名结束后根据报价情况确定成交供应商。

七. 本公告解释权归采购人所有。



附表：报价明细表

服务内容	报价（元）	伴随服务（若有）	备注

供应商名称：(盖单位公章)

联系人：

联系电话：

日 期：

