

# 通辽市人民医院电子血压计采购项目招标公告

招标项目编号 (AHKRZB-2025-081)

项目所在地: 内蒙古自治区,通辽市,市辖区

## 一、招标条件

本通辽市人民医院电子血压计采购项目已由项目审批/核准/备案机关批准,项目资金来源其他资金:详见招标文件,招标人为通辽市人民医院。本项目已具备招标条件,招标方式为公开招标。

## 二、项目概况和范围

规模: 通辽市人民医院电子血压计采购项目 (详见招标文件);

范围: 本招标项目划分为1个标段,本次招标为其中的:

通辽市人民医院电子血压计采购项目

## 三、投标人资格要求:

### 【1】通辽市人民医院电子血压计采购项目的投标人资格能力要求:

1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定; (1) 具有独立承担民事责任的能力; (2) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度; (3) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力; (4) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录; (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。以上资料,供应商在投标(响应)时,按照通辽市财政局关于印发《通辽市政府采购“双向承诺+信用管理”工作方案》的通知(通财购〔2023〕195号)文件规定,提供《通辽市政府采购供应商信用承诺函》(详见招标文件文件附件1),无需提交证明材料。采购人有权在签订合同前要求中标(成交)供应商提供相关证明材料以核实中标(成交)供应商承诺事项的真实性。2.落实政府采购政策需满足的资格要求: 无。3.本项目的特定资格要求: 3.1 依据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械经营监督管理办法》、《医疗器械生产监督管理办法》的有关规定,参与本次采购项目的投标人自身需具备生产或经营医疗器械所需的生产许可证或经营许可证或备案凭证,以及拟提供的医疗器械应具备的备案凭证或注册证。3.2信誉要求: (1) 根据《关于在政府采购活动中查询及使用信用记录有关问题的通知》(财库[2016]125号)的规定,被列入“信用中国”网站([www.creditchina.gov.cn](http://www.creditchina.gov.cn))“失信被执行人” - (此项查询以信用中国网站自动链接至中国执行信息公开网的查询结果为准)、“税收违法黑名单”和中国政府采购网([www.ccgp.gov.cn](http://www.ccgp.gov.cn))“政府采购严重违法失信行为记录名单”栏目中有失信等负面信息的潜在供应商,将拒绝其参加本项目。(2) 单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商,不得参加同一合同项下的政府采购活动。为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商,不得参加该采购项目的其他采购活动。3.3本项目不接受联合体投标。;

本项目是否允许联合体投标: 否。

## 四、招标文件获取

获取时间: 从2025-09-27 08:30:00到2025-10-10 17:30:00。

获取方式: 本项目采用远程报名方式,邮件领取,邮箱: 794111562@qq.com。投标单位需递交与本项目的相关资料(详见其他补充事宜)。

## 五、投标文件递交

递交截止时间：2025-10-17 14:30:00。

递交方式：纸质文件递交，通辽市人禾大酒店（通辽建国路店）1楼会议室。

## 六、开标时间及地点

开标时间：2025-10-17 14:30:00。

开标地点：通辽市人禾大酒店（通辽建国路店）1楼会议室。

## 七、其他

获取招标文件时，供应商须提供以下材料：投标申请表；参与供应商出具经法定代表人签字、公司盖章的授权委托书（附法定代表人和授权委托人的身份证复印件）或者法定代表人身份证明文件；营业执照副本；投标人自身需具备生产或经营医疗器械所需的生产许可证或经营许可证或备案凭证，以及拟提供的医疗器械应具备的备案凭证或注册证供应商须提供以上证件复印件加盖公章，资料提供不全者拒绝接收，迟到的投标申请表将被拒绝，以提供资料送达时间为准（投标申请表：详见附件）。自招标文件领取之日起，供应商应保证其提供的通讯手段（联系人、联系人电话、电子邮箱、传真等）一直有效，以保证有关函件（补遗书、变更通知等）能及时通知供应商，并能及时反馈信息，否则后果自负。；

公告发布媒介：中国招标投标公共服务平台(<http://www.cebpubservice.com/>)，内蒙古招投标公共服务平台(<https://www.nmgztb.com.cn/>)；

## 八、监督部门

本项目监督部门为通辽市人民医院。

## 九、联系人

招标人：通辽市人民医院

地址：通辽市科尔沁大街668号

联系人：通辽市人民医院

电话：0475-8251568

邮件：/

招标代理机构：安徽科睿工程项目管理有限公司

地址：安徽省宣城市宣州区南市路120号府山东郡10栋19层

联系人：李女士

电话：13789655332

邮件：[794111562@qq.com](mailto:794111562@qq.com)

招标人或其代理机构主要负责人（项目负责人）：  方春芳 （签名）

招标人或其代理机构： （盖章）

通辽市人民医院电子血压计采购项目  
招标公告

项目概况

通辽市人民医院电子血压计采购项目的潜在供应商应在安徽科睿工程项目管理有限公司获取招标文件，并于 2025 年 10 月 17 日 14 点 30 分（北京时间）前提交投标文件。

一、项目基本情况

- 1、项目编号：AHKRZB-2025-081  
2、项目名称：通辽市人民医院电子血压计采购项目  
3、采购方式：公开招标  
4、内容及划分采购包情况

| 包号 | 采购标的             | 数量   | 采购需求       | 预算金额（元） |
|----|------------------|------|------------|---------|
| 1  | 通辽市人民医院电子血压计采购项目 | 23 台 | 详见第五章 项目需求 | 详见招标文件  |

- 5、采购需求：（包括但不限于标的的名称、数量、简要技术需求或服务要求等）  
5.1 服务地点：通辽市人民医院  
5.2 标段划分：1 个标段  
5.3 招标范围：通辽市人民医院电子血压计采购项目  
5.4 质量要求：合格  
6、服务期限：自采购合同签订后 10 日历天。  
7、本项目是否接受联合体投标：否  
8、资格审查方式：资格后审

二、申请人资格要求

1. 满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；  
(1) 具有独立承担民事责任的能力；  
(2) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；  
(3) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；  
(4) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；  
(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。

以上资料，供应商在投标(响应)时，按照通辽市财政局关于印发《通辽市政府采购“双向承诺+信用管理”工作方案》的通知(通财购(2023)195号)文件规定，提供《通辽市政府采购供应商信用承诺函》(详见招标文件文件附件1)，无需提交证明材料。采购人有权在签订合同前要求中标(成交)供应商提供相关证明材料以核实中标(成交)供应商承诺事项的真实性。

2. 落实政府采购政策需满足的资格要求：

无。

3. 本项目的特定资格要求：

3.1 依据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械经营监督管理办法》、《医疗器械生产监督管理办法》的有关规定，参与本次采购项目的投标人自身需具备生产或经营医疗器械所需的生产许可证或经营许可证或备案凭证，以及拟提供的医疗器械应具备的备案凭证或注册证。

3.2 信誉要求：(1) 根据《关于在政府采购活动中查询及使用信用记录有关问题的通知》(财库[2016]125号)的规定，被列入“信用中国”网站([www.creditchina.gov.cn](http://www.creditchina.gov.cn))“失信被执行人”-(此项查询以信用中国网站自动链接至中国执行信息公开网的查询结果为准)、“税收违法黑名单”和中国政府采购网([www.ccgp.gov.cn](http://www.ccgp.gov.cn))“政府采购严重违法失信行为记录名单”栏目中有失信等负面信息的潜在供应商，将拒绝其参加本项目。

(2) 单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动。为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得参加该采购项目的其他采购活动。

3.3 本项目不接受联合体投标。

### 三、获取招标文件

3.1、获取时间：2025年9月27日至2025年10月10日，每天上午08:30—12:00，下午2:00—5:30(北京时间，法定节假日除外)。

3.2、获取地点：安徽科睿工程项目管理有限公司

3.3、获取方式：本项目采用远程报名方式，邮件领取，邮箱：794111562@qq.com。投标单位需递交与本项目的相关资料(详见其他补充事宜)。

3.4、售价：0元。

#### 四、投标文件的提交

4.1 时间：2025 年 10 月 17 日 14 时 30 分（北京时间）；

4.2 地点：通辽市人禾大酒店（通辽建国路店）1 楼会议室。

纸质投标文件逾期送达或者未送达指定地点的投标文件，采购人或其采购代理机构不予受理。

#### 五、投标文件的开启

5.1 时间：2025 年 10 月 17 日 14 时 30 分（北京时间）；

5.2 地点：通辽市人禾大酒店（通辽建国路店）1 楼会议室

#### 六、发布公告的媒介及公告期限

本次招标公告在中国招标投标公共服务平台 (<http://www.cebpubservice.com/>)，内蒙古招投标公共服务平台 (<https://www.nmgztb.com.cn/>) 上发布。招标公告期限为五个工作日。

#### 七、其他补充事宜：

获取招标文件时，供应商须提供以下材料：

投标申请表；

参与供应商出具经法定代表人签字、公司盖章的授权委托书（附法定代表人和授权委托人的身份证复印件）或者法定代表人身份证明文件；

营业执照副本；

投标人自身需具备生产或经营医疗器械所需的生产许可证或经营许可证或备案凭证，以及拟提供的医疗器械应具备的备案凭证或注册证

供应商须提供以上证件复印件加盖公章，资料提供不全者拒绝接收，迟到的投标申请表将被拒绝，以提供资料送达时间为准（投标申请表：详见附件）。

自招标文件领取之日起，供应商应保证其提供的通讯手段（联系人、联系人电话、电子邮箱、传真等）一直有效，以保证有关函件（补遗书、变更通知等）能及时通知供应商，并能及时反馈信息，否则后果自负。

#### 八、凡对本次招标提出询问，请按照以下方式联系：

1、采购人信息：

采购单位：通辽市人民医院

地址：通辽市科尔沁大街 668 号

邮政编码：028000

联系人：通辽市人民医院

联系电话：0475-8251568

2、采购代理机构信息：

名称：安徽科睿工程项目管理有限公司

地址：安徽省宣城市宣州区南市路 120 号府山东郡 10 栋 19 层

联系人：李女士

联系电话：13789655332

3、项目联系方式

项目联系人：李女士

联系电话：13789655332

## 投标申请表

申请时间： 年 月 日

|                                              |  |      |  |
|----------------------------------------------|--|------|--|
| 项目名称                                         |  |      |  |
| 供应商名称                                        |  |      |  |
| 详细地址                                         |  | 联系电话 |  |
| 企业营业执照编号                                     |  | 注册资金 |  |
| 经济性质                                         |  | 主管部门 |  |
| 开户银行                                         |  |      |  |
| 帐号                                           |  |      |  |
| 联系人                                          |  | 邮箱   |  |
| <p>法定代表人（授权委托人）：（签字或盖章）</p> <p>投标单位：（盖章）</p> |  |      |  |

注：需后附营业执照副本复印件、授权委托书加盖公章。

### 法定代表人身份证明

投 标 人：\_\_\_\_\_

单位性质：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

成立时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

经营期限：\_\_\_\_\_

姓 名：\_\_\_\_\_性 别：\_\_\_\_\_

年 龄：\_\_\_\_\_职 务：\_\_\_\_\_

系\_\_\_\_\_（供应商名称）的法定

代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件或扫描件

供应商：\_\_\_\_\_（盖单位公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 授权委托书

本人\_\_\_\_\_（姓名）系\_\_\_\_\_（供应商名称）的法定代表人，现委托\_\_\_\_\_（姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义获取\_\_\_\_\_（项目名称）招标文件和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：\_\_\_\_\_。

代理人无转委托权。

供应商：\_\_\_\_\_（盖单位章）

法定代表人：\_\_\_\_\_（签字）

身份证号码：\_\_\_\_\_

委托代理人：\_\_\_\_\_（签字）

身份证号码：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

注：法定代表人身份证、委托代理人身份证

