# 绍兴市妇幼保健院关于优生智库项目采购的询价公告

按照绍兴市妇幼保健院采购需求，医院信息科对优生智库项目采购进行询价，欢迎符合要求的供应商进行报价。

一、项目名称：优生智库项目

1.项目预算： 1.5万元

2.询价项目概况:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 产品名称 | 规格 | 数量 |
| 优生智库项目 | 1年 | 4个账号 |

技术参数：优生智库出生缺陷咨询工作站软件，通过为怀孕前后暴露的不利因素提供对生育潜在危害评价的最新研究资料和知识，包括药物、化学物、辐射、感染和其它不利因素，为临床出生缺陷风险咨询提供科学依据，从而让咨询者在知情情况下，做出正确的选择。也可以使潜在暴露者提前有意识的避免危险因素暴露，选择正确的自我保护行为，从而预防药物或其他环境危险因素所导致的出生缺陷。

二、供应商：

1.具有独立承担民事责任的能力。

2.参加政府采购活动前3年内，在经营活动中没有重大违法记录。

3.供应商有效期内营业执照经营范围应包含技术服务内容。

4.供应商须具备具有经营许可证。

5.本项目不接受联合体报价。

三、报价文件：

（1）报价须带文件资料:①公司营业执照复印件；②法人、联系人身份证等相关复印件及社保证明；③报价单(附件1)。以上资料必须齐全并加盖单位公章，否则该报价文件作无效处理。

（2）报价文件递交截止时间：2024年04月28日北京时间17:00时，在截止时间后送达的响应文件为无效文件，拒绝接收。

（3）报价文件报送方式：密封后送达绍兴市妇幼保健院信息科，密封袋表面必须标注此项目名称。

四、评定成交标准：根据质量和服务均能满足询价文件实质性响应要求且报价最低的原则确定成交供应商。

五、联系方式：

联系人：王老师 联系电话：(0575)88217200

联系地址：浙江省绍兴市越城区凤林东路222号绍兴市妇幼保健院

绍兴市妇幼保健院

2024年4月25日

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报价单** | | | | | | | | |
|
| 询价单位 | 绍兴市妇幼保健院 | | 联系人 | | | 王老师 | | |
| 联系电话 | (0575)88217200 | | 日期 | | |  | | |
| 序号 | 货物名称 | | 规格 | 数量 | | 单价 | 总价 | 备注 |
| 1 |  | |  |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  |  | |  |  |  |
| 金额合计 ： | | | | | | | | |
| 人民币：（大写） | | | | | | | | |
| 交货期 | |  | | | 是否含税 | |  | |
| 保修期 | |  | | | 付款方式 | |  | |
| 备注（其他优惠情况说明） | |  | | | | | | |
| 供应商信息 | | | | | | | | |
| 供应商名称： | | | | | | | | |
| 公司性质 | □生产厂家 □授权代理商 | | 代理证有效期 | | | 至 年 月 日 | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 单位地址 |  | | 传真 | | |  | | |
| 纳税人识别号 |  | | 税号 | | |  | | |
| 开户行 |  | | 账号 | | |  | | |
| 法人代表 |  | | 邮政编码 | | |  | | |
| 供应商名称（公章） | | | | | | | | |