关于沙门氏菌属诊断血清采购的询价公告

1. 按照绍兴市妇幼保健院采购需求，医院设备科室对沙门氏菌属诊断血清

采购项目进行询价，欢迎符合要求的供应商进行报价。

1. 项目名称：沙门氏菌属诊断血清

1.项目预算：6700元

2.询价项目概况（内容、用途、数量、简要技术要求等）:

报价清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 | 规格 | 省平台代码 | 配送企业 | 单价 | 数量 |
| 沙门氏菌属诊断血清 | 1ml/瓶\*60瓶/盒 |  |  |  | 1盒 |

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提供医疗耗材的内容。

4、供应商须具备具有经营许可证，授权书，产品注册证等相关证件。

5、供应商应具备浙江省药械采购平台产品配送权，无配送权限的将做无效处理。

三、报价文件：

 1、报价须带文件资料:①营业执照、②法人身份证等相关复印件、③业务员参加的须提供授权委托书和业务员身份证复印件、④报价单。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4月23日北京时间9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设备科，密封袋表面必须标注此项目名称。

五、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。

六、联系方式：

联系人： 王老师 联系电话：0575-88214103

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

生殖楼一楼设备仓库办公室

                                           绍兴市妇幼保健院

 年 月 日