**重庆大学附属江津医院**

**共享轮椅遴选公告**

**遴选项目：共享轮椅**

遴选人：重庆大学附属江津医院

2024年3月

**第一部分 遴选须知**

根据我院业务发展和便民服务需要，现对共享轮椅项目合作商进行遴选，现邀请有资质的公司参加遴选。通过遴选，我院将选取信誉好、实力强的公司为我院投放便民服务项目（共享轮椅），现将有关事项公告如下:

**一、遴选概况**

(一)项目名称:

重庆大学附属江津医院共享轮椅遴选。

（二）投放地点

重庆大学附属江津医院门诊大厅、住院部大厅、急诊科大厅。

（三）内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | 点位分布 | 数量 |
| 共享轮椅 | 门诊一楼 | 6台 |
| 住院大厅 | 6台 |
| 急诊科 | 6台 |

备注：最终投放点位和数量以遴选方现场实际需求为准。

**二、遴选人基本情况**

地址：重庆市江津区鼎山街道江州大道725号

联系人： 刘雨

联系电话：47225177

三、**遴选时间、地点**

1、获取遴选文件地点：在医院官网下载本项目遴选文件及补遗等遴选前公布的所有项目资料，无论遴选申请人下载或领取与否，均视为已知晓所有遴选实质性要求内容。

2、遴选文件递交时间: 2024 年 3月 26 日 18:00 点以前。

3、遴选文件递交地点:中心医院门诊部一楼一站式服务中心。

4、遴选开始时间：各遴选申请人不参加现场评审，报名截止日期后，医院将组织评审，遴选结果在医院官网进行公布。

**四、遴选申请人资质要求：**

1.遴选申请人须是在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格的制造商或经授权的代理商。

2. 遴选申请人须具有良好的商业信誉和完善的售后服务体系，并具有承担本项目的服务能力。

3.投报产品在国内销售没有不良记录、没有发生过重大质量问题或安全事故。

4. 遴选申请人在“国家企业信用信息公示系统”、“信用中国”、“中国政府采购网”的无不良记录证明。

**五、遴选申请人需提交报名材料（需加盖公章，按顺序装订）**

1. 合法的营业执照副本、税务登记证、组织机构代码证，已完成三证合一的企业只需提供三证合一的营业执照副本（复印件）；

2. 参加遴选活动前三年内（截止递交报名资料前三年交），在经营活动中没有重大违法违纪记录的书面声明（格式自拟）；

3. 法人代表人身份证明书和法定代表人授权委托书；

4. 法人、委托人身份证复印件；

5. 本项目业绩证明（有效的三甲医院合同或中标通知书3份以上）；

6、遴选文件。

以上资料均需加盖供应商公章，并密封装订整齐后现场提交。

**六、遴选文件编制**

根据供应商资质要求和第三方运营服务项目要求进行编制。

**第三方运营服务项目要求**

**一、技术要求**

（一）共享轮椅

1、符合《GB/T 13800-2009 手动轮椅车》国家标准(提供具有 CMA资质的第三方检测机构出具的检测（检验）报告复印件并加盖公章)；

2、具有保险公司合法有效产品保单；

3、▲承重量:≥100kg；（提供证明材料）

4、▲轮椅重量:≤13kg；（提供证明材料）

5、 ▲座位宽度:≥45cm；（提供证明材料）

6、▲脚踏板具有防滑设计；

7、 ▲轮椅踏板和座垫具备辅助收合功能（提供证明材料）。

8、 ▲车架采用航钛高强度特种7003C铝材（提供材质报告）。

（二）归位桩

1、 模式:“归位桩+轮椅”方式管理，确保每台共享设备有序插入到归位桩上锁；

2、连接方式:软链设计，摆放整齐有序；

3、组合:根据采购方的需求灵活投放、随时调整或扩充；

4、▲ 电源管理:锂电池供电，无需使用交流电，规避外接电源触电安全隐患；

5、双语音播报功能，桩和小程序都能进行语音播报引导；

6、 归位桩摆放，无需破土动工。

（三）租借系统

1、 租借方式:无需安装APP，支持支付宝或微信扫码租借；

2、信用免押，支持微信或支付宝信用免押扫码租借；

3、 免费时段:提供当天至少1小时免费租赁使用；

4、 租借程序具有空位桩查询功能(提供截图证明)；

5、后台系统能对锂电池电量进行实时监控（提供截图证明）；

6、 租借大数据可实时汇总。

**二、商务要求**

1、根据医院需求设置共享轮椅数量。

2、24小时为患者提供服务，并能根据实际使用情况随时增加或减少共享设备投放。

3、共享轮椅设备按要求定期进行清洗消毒、维护维修以及保养，确保患者能够安全使用。

4、服务供应商负责共享轮椅租赁人的信息 (含隐私)的保密与安全并提供隐私保密协议。一旦共享轮椅租赁人与公司或医院发生争议，全部责任由服务供应商承担。

5、购买人身意外险，确保使用者合法权益保障，患者及家属在租赁设备过程中，由于设备故障引发的伤害纠纷，由服务供应商负责处理和承担全部责任。

6、服务期内对出现故障或丢失损坏的共享轮椅和归位桩能及时维修、更换和补齐。

7、共享轮椅每天累计使用1小时内归还免费，每小时收费3元，24小时封顶40元。

8、支付方式：乙方每年支付甲方电费人民币：8000.00元（捌仟元整）；按季度支付，即每季度首月5日前支付人民币2000.00元（贰仟元整）。

9、提供7×24小时人工客服服务，并提供2023年内任意三天0:00-6:00人工客服服务记录系统证明。

10、服务期:自验收合格之日起运营服务期两年。

11、重庆地区有专业服务团队，提供本地服务商近两年内社保缴纳证明。

12、具有独立办公室和独立仓库，提供房产证明或租赁合同等证明文件。

13、提供近三年重庆地区服务医院名单。

14、提供售后服务方案。  
**三、遴选文件的有效期**

遴选申请文件的有效期为投标截止日后的30天，在此期限内，所有的遴选申请文件均保持有效。

**四、遴选文件的签署**

1、遴选申请人应当向遴选人提供一式三份遴选申请文件，一正二副，当正本与副本不一致时，以正本为准。

2、遴选申请文件应当使用不退色的黑色墨水书写或者打印，由遴选申请人加盖印章。

3、遴选申请文件的任何一页均不得涂改、行间插字或者删除，如果出现上述情况，不论何种原因造成的，遴选申请人必须在改动处加盖印章。

**五、遴选文件的组成**

1、投标函（格式见附件）

2、书面声明

3、明细报价表

4、营业执照副本复印件

5、法定代表人授权委托书原件（格式见附件）

6、技术要求指标响应偏离表

7、商务条款响应偏离表

8、其它证明材料

**六、遴选文件的密封和标记**

1、按第五条规定的内容和顺序装订；

2、遴选文件袋由遴选申请人自备，可以使用信封、档案袋或自行用不透明的牛皮纸等封装，并在封套上注明以下内容：

遴选人名称：

遴选申请人名称： （盖章）

法人或授权代表签字：

**七、遴选文件的更改与撤回**

1、在递交遴选申请文件截止日期以前，允许遴选申请人更改或者撤回遴选申请文件，此种要求必须书面提出，并且经遴选人法定代表人或其授权委托人签署。

2、在遴选申请文件有效期内，遴选申请文件不得更改或者撤回。

**八、遴选与评审**

1、遴选时应当场对遴选申请文件的密封、签署等情况进行核查，以确定符合性。

2、对符合要求的遴选申请文件方予开启、评审， 遴选申请文件有下列情况之一者将视为无效。

（1）遴选申请文件未按规定签字盖章、密封。

（2）遴选文件在要求递交时间以后送达的遴选申请文件。

3、评审小组：遴选评审小组由遴选人组建，本着公正、公平的原则进行遴选评审。

4、评审办法

遴选评审小组将按照遴选文件规定的评分原则进行评分并按照得分由高到低的顺序进行排名。

5、本次遴选有效遴选申请人数量≥1家，即可开展遴选。

6、评分原则

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分因素及权重 | | 分值 | 评分标准 | 说明 |
| 1 | 厂家授权  （20 %） | | 20 | 1.共享轮椅厂家授权（20分） | 需提供授权资质证明。 |
| 2 | 服务部分  （40%） | 服务  方案 | 25 | 针对售后服务方案的可行性、合理性、规范性评审打分：  方案内容合理、可行、完整的为优（16-25分）；  方案内容基本合理、基本可行、较完整的为良（11-15分）；  方案内容一般合理、一般可行、较完整的为一般（6-10分）；  方案不合理、不可行、不完整或未提供的为差（0-5分）。 | 自行编制方案（格式自定） |
| 服务价格 | 10 | 1、共享轮椅每天累计1小时内免费，超出后每小时收费3元，24小时封顶40元。（10分  2、超过以上价格标准，不得分。 |  |
| 公司办工区域配置 | 5 | 1、具备独立办公室、具独立的备件仓库。（3分）  2、重庆地区有专业服务团队，提供本地服务商近两年内社保缴纳证明。（2分） | 提供功能分区说明和照片，本地办事场所房产证及租赁合同（非企业产权须提供），近两年内社保缴纳证明。 |
| 3 | 商务部分（20%） | 服务业绩 | 10 | 1、服务于重庆主城区三级甲等医院两家及以上。（5分）  2、服务于县级三级甲等医院两家及以上。（5分）  3、提供一家合同得2.5分，最多得10分。 | 需提供合同或中标通知书等合作协议证明。 |
| 商务要求 | 10 | 一条未响应扣1分，扣完为止。 |  |
| 4 | 技术部分（20%） | 技术要求 | 20 | 1、共享轮椅技术参数满足**第三方运营服务项目要求。**（20分）  2、带“▲”一条不满足扣2分，3、不带“▲”一条不满足扣1分，扣完为止。 | 提供资质证书、检测报告等佐证资料复印件并加盖公章。 |

**九、定选**

在遴选完成后3工作日内，遴选人将在官网公布遴选结果。

**十、合同的签订**

中选人应在遴选结果公示期满20个工作日内，与中标人签订合同。

**第二部分 遴选申请文件格式**

**1、投标函**

**投标函（格式）**

医院：

我方参加贵单位组织的 （项目名称）遴选活动。

1、按照遴选文件规定递交遴选申请文件正本1份和副本2份。我方已完全理解遴选文件的全部内容，自愿接受并执行遴选文件的全部条款。

2、本遴选申请文件有效期自开标之日起30 日内有效。

3、我方在参与遴选前已仔细研究了遴选文件和所有相关资料，同意遴选文件的相关条款。

4、我方声明遴选申请文件及所提供的一切资料和承诺均真实有效。由于我方提供资料不实而造成的责任和后果由我方承担。我方同意按照贵院要求，提供与遴选有关数据或信息。我方承诺完全按照遴选申请文件有关内容履约。

5、我方承诺自愿遵守、执行院方和相关法规制度及政策规定。

6、联系方式

联 系 人： 电话： 传真：

地 址： 邮政编码：

供应商全称：（盖章）

法定代表人（或授权代表）：（签字）

年 月 日

**2、书面声明**

**书面声明（格式）**

致：

我方参加贵单位组织的遴选项目，现就有关事项声明如下：

（1）我方具有独立承担民事责任的能力。

（2）我方具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

（3）我方具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

（4）我公司符合参加遴选活动应当具备的条件：具有健全的财务会计制度、依法缴纳税收和社会保障资金、参加本次遴选活动之前的三年内，在经营活动中无重大违法活动。

（5）我方符合法律、行政法规规定的其他条件 。

在合同签订前后随时愿意提供相关证明材料并随时接受遴选人的检查验证。

若上述声明不实，我方愿承担一切法律责任，并接受医院按国家规定作出的相关处罚。

特此声明。

供应商：

日 期：

**3、明细报价表（格式）**

**明细报价表**

项目名称：

供应商：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务名称** | **项目报价** | | | | |
| **免费时长** | **免费时长后收费标准** | **24小时封顶** | **押金** | **场地费** |
| 共享轮椅 | 分钟 | 元/台/小时 | 元/台 | 元/台 | 元/台/年 |
| 备注 |  | | | |  |

供应商（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

年 月 日

**4、法定代表人授权委托书原件（格式）**

**法定代表人授权委托书**

项目名称：\_

日 期：

致：\_\_\_（遴选人）

\_\_\_（遴选申请人名称）是中华人民共和国合法企业，法定地址。

（遴选申请人法定代表人姓名）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名负全部责任。

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。

被授权人签名： 法定代表人签名：

供应商公章：

此处贴授权人身份证：

此处贴被授权人身份证：

1. **技术要求指标响应偏离表**

**技术响应偏离表**

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 技术要求 | 响应情况 | 差异说明 |
| 1 |  |  | 提醒：请注明具体内容以及投标文件中具体内容的位置（页码） |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

年 月 日

1. **商务响应偏离表**

**商务响应偏离表**

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 商务要求 | 响应情况 | 差异说明 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

年 月 日

**7、其他证明文件**