

张家港市中医医院脉冲真空干燥机采购项目公开招标公告
(招标编号: NDZTB2025-G-010)

项目所在地区: 江苏省苏州市张家港市

一、招标条件

本脉冲真空干燥机采购项目已由项目审批/核准/备案机关批准, 项目资金来源为自筹资金:42万元, 招标人为张家港市中医医院。本项目已具备招标条件, 现招标方式为公开招标。

二、项目概况和招标范围

规模: 张家港市中医医院脉冲真空干燥机采购项目

范围: 本招标项目划分为1个标段, 本次招标为其中的:

张家港市中医医院脉冲真空干燥机采购项目

三、投标人资格要求

张家港市中医医院脉冲真空干燥机采购项目:

详见公告内容

本项目不允许联合体投标。

四、招标文件的获取

获取时间: 2025-08-05 08:30到2025-08-11 16:30

获取方式: 线下领取纸质标书

五、投标文件的递交

递交截止时间: 2025-08-26 15:00

递交方式: 现场递交纸质文件

六、开标时间及地点

开标时间: 2025-08-26 15:00

开标地点: 张家港市杨舍镇康乐路4号张家港市中医医院党建一楼会议室

七、其他

诺德招投标咨询服务(苏州)有限公司(以下简称“招标代理机构”)受张家港市中医医院(以下简称“招标人”)委托, 拟就“脉冲真空干燥机采购项目”以公开招标方式进行采购, 欢迎符合相关条件的合格投标人参加投标。

一、基本情况

1、项目编号: NDZTB2025-G-010

2、项目名称: 脉冲真空干燥机采购项目

3、采购方式: 公开招标

4、 预算金额：人民币肆拾贰万元整（¥420000.00元）

5、 采购需求：

（1）项目主要内容：张家港市中医医院需采购脉冲真空干燥机一套，质保期1年，详见招标文件。

（2）交货期限：在合同生效后60天内供货安装调试结束。遇不可抗力原因需迟延交货的，经招标单位同意后可适当延期。

（3）交货地点：招标人指定地点。

6、 本项目不划分标包，选取中标人1名。

7、 本项目设置最高投标限价，最高投标限价为420000.00元（含税，人民币），投标人总价报价超过最高投标限价的，其投标文件将作无效投标处理。

8、 本项目不允许进口产品投标。

二、投标人资格条件要求

1. 投标人应当具备下列一般条件：

（1）投标人具有独立承担民事责任的能力（提供法人或者其他组织的营业执照等证明文件）；

（2）投标人具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（提供最近一期的财务审计报告或报表，其他组织、自然人及成立未满一年的法人应提供银行出具的资信证明）；

（3）投标人具有履行合同所必须的设备和专业技术能力（根据项目需求提供履行合同所必需的设备和专业技术能力的声明或证明材料）；

（4）投标人有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（提供参加本次采购活动前六个月中至少一个月依法缴纳税收和社会保障资金的相关材料）；

（5）投标人参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录（提供书面承诺书）。

2. 投标人需具备以下特殊条件：

无

3. 拒绝下述投标人参加本次招标活动：

（1）单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人，不得同时参加同一合同项下的招标活动；（提供承诺书）

（2）根据“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）的查询信息，凡被列入失信被执行人名单、重大税收违法失信主体名单、政府采购严重违法失信行为记录名单的，拒绝其参与招标活动。

4. 本项目不接受联合体投标。

三、招标文件的获取方式

1、 获取招标文件时间：2025年08月05日起至2025年08月11日，每天上午8：30至11:00（北京时间，下同），下午13:00-16:30（法定节假日除外）；

2、 凡有意参与的潜在投标人，须将以下所列文件提交至招标代理机构获取招标文件：

（1）法人或者其他组织的营业执照等证明文件复印件（加盖公章）；

（2）法人（或负责人）授权委托书原件（如有授权，加盖公章）；

(3) 法定代表人（或负责人）身份证复印件（加盖公章）；

(4) 授权代表人的身份证复印件（加盖公章）；

请将符合以上要求的文件复印件加盖公章，递交至招标代理机构。

或通过电子邮件将以上文件扫描合并为1个PDF文件，邮件资料请注明项目联系人、联系电话和邮箱发送至招标代理机构指定的电子邮箱：nuode82666658@163.com。原件随投标文件递交时一同送达开标地点（不要密封在投标文件中）。

招标代理机构对相关文件资料审核通过后，以电子邮件的形式向投标人发送招标文件，投标人收到招标文件后需及时回复邮件“确认已收到”。相关文件资料审核过程中，招标代理机构如需投标人进一步补充资料、或要求将原件送抵招标代理机构处复核的，投标人应及时予以配合。如相关文件资料审核不通过或存在伪造或虚报，则招标代理机构有权拒绝该单位获取本项目招标文件。

3、 获取招标文件地点：张家港市杨舍镇恒河路20号培训楼三楼。

4、 售价：本套招标文件售价人民币300元，售后不退。

5、 所有投标人的疑问以书面形式于2025年08月12日上午10:00前发送至招标代理机构邮箱nuode82666658@163.com发送同时电话告知招标代理机构：吴张轶、秦宇辉0512-82666658/ 13915476678，招标代理机构在投标截止时间3天前给予答复。

6、 若符合专业条件的投标人不足三家的或因重大变故，采购任务取消的，由招标代理机构通知所有已报名的投标人。

四、投标文件的递交

1、 投标文件递交截止时间（即投标截止时间）为：2025年08月26日15:00。

2、 投标文件递交地点：张家港市杨舍镇康乐路4号张家港市中医医院党建一楼会议室。

3、 投标文件接收人：诺德招投标咨询服务（苏州）有限公司

4、 投标人须派代表当面递交投标文件。招标代理机构不接受以邮寄、传真、电子邮件等方式递交的投标文件。

5、 出现以下情形时，招标人/代理机构不予接收投标文件：

(1) 逾期送达或者未送达指定地点的；

(2) 未按招标文件要求密封的；

(3) 未按本公告要求获得本项目招标文件的。

五、开标

本项目将于投标文件递交截止同一时间、地点进行开标，招标人/招标代理机构邀请投标人的法定代表人或者其委托的代理人携带有效身份证证件准时参加开标会议。

六、发布公告的媒体

本次招标公告在江苏省招标投标公共服务平台发布，其他媒介转载无效。

七、本次招标联系事项

1、 招标人

名称：张家港市中医医院

地址：张家港市杨舍镇康乐路4号

联系人：顾敏晖 联系电话：0512-56380291

2、招标代理机构

名称：诺德招投标咨询服务（苏州）有限公司

地址：张家港市杨舍镇恒河路20号培训楼三楼

邮编：215600

联系人：吴张轶、秦宇辉

联系电话：0512-82666658/ 13915476678

电子邮箱：nuode82666658@163.com

银行信息：

一 户 名：诺德招投标咨询服务（苏州）有限公司

一 开 户 银 行：中国银行张家港开发区支行

一 账 号：501477560897

八、投标文件制作份数要求

正本份数：1份 副本份数：2份

电子投标文件份数：1份（PDF格式，加盖单位公章，U盘介质，U盘表面须清晰标识：公司名称）

九、本次招标投标保证金

本次招标不收取投标保证金，但须递交一份《投标保证金承诺书》，格式见招标文件第六章投标文件格式。

十、其他说明

1、请投标人获取本次招标文件后，认真阅读各项内容，进行必要的投标准备，按招标文件的要求详细填写和编制投标文件，并按规定的时间、地点准时参加本次采购活动。

八、监督部门

本招标项目的监督部门为张家港市中医医院。

九、联系方式

招 标 人： 张家港市中医医院
地 址： 张家港市杨舍镇康乐路4号
联 系 人： 顾敏晖
电 话： 0512-56380291
电 子 邮 件： /

招 标 代 理 机 构： 诺德招投标咨询服务（苏州）有限公司
地 址： 张家港市杨舍镇恒河路20号培训楼三楼
联 系 人： 季冬琰
电 话： 13915476678
电 子 邮 件： nuode82666658@163.com

招标人或其招标代理机构主要负责人（项目负责人）秦宇辉（签名）
招标人或其招标代理机构：_____（盖章）