

# 济宁市疾病预防控制中心艾滋病考核品采购询价公告

因工作需要，济宁市疾病预防控制中心需购买艾滋病考核品一批，预算 4 万元，现进行采购公示，诚邀有资质供应商积极报名参与，有关事宜公告如下：

## 一、项目基本信息

- 1、项目名称：济宁市疾病预防控制中心艾滋病考核品采购
- 2、项目编号：20240403
- 3、采购人：济宁市疾病预防控制中心
- 4、采购内容：艾滋病考核品 200 份（5 支/份， $\geq 200\text{uL}$ /支，包括 3 支阳性，2 支阴性）
- 5、包组划分：一个包
- 6、预算金额：¥4 万元

## 二、资格审查要求的资质

- 1、在中国境内注册，具有独立法人资格，并在人员、设备、资金等方面具有相应的承包能力；
- 2、供应商须具备有效的营业执照；
- 3、医疗器械经营许可证或医疗器械经营备案证；
- 4、缴纳税收和社会保障资金等证明告知承诺书；
- 5、一个报价单位只能提交一个报价文件。如果报价单位之间存在下列互为关联关系（国有控股公司除外）的情形之一的，不得同时参加本项目报价：
  - 5.1 法定代表人为同一人的两个及两个以上法人；
  - 5.2 母公司、直接或间接持股 50%及以上的被投资公司；

5.3 均为同一家母公司直接或间接持股 50%及以上的被投资公司。

6、截止到开标当日，供应商（含法定代表人）未被各地人民法院、税务等国家行政机关列入失信名单或诚信黑榜（投标人不必提供证明）；

7、在开标之日起前三年内无不良信用记录（评审小组通过“信用中国”及“中国政府采购网”查询）；

8、本项目不接受联合体投标；

9、资格审查方式：资格后审。

### 三、递交报价文件时间及地址：

1、时间：2024 年 4 月 9 日至 2024 年 4 月 12 日 17 时 00 分。

2、方式：供应商须先电话报名，再提供以下材料，材料加盖单位公章并密封后送至指定地点，密封袋上须写明项目编号。

2.1 缴纳税收和社会保障资金等证明告知承诺书（详见附件 2）；

2.2 营业执照的复印件；

2.3 医疗器械经营许可证或医疗器械经营备案证的复印件；

2.4 报价明细表（详见附件 1）。

3、地址：济宁市高新区火炬路 23 号济宁市疾控中心。

### 四、相关联系人

1.报名（采购）联系人：总务科：联系电话：0537-2657075。

2.技术参数咨询人：焦科长：联系电话：0537-2655324。

2024 年 4 月 9 日

附件 1

报价明细表

供应商单位名称（单位公章）

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）单位：元

序号	试剂名称	规格	技术参数、配置	数量	单位	单价	总价
合计	小写：¥						
	大写						

供应商联系人及联系方式：

## 附件 2

### 供应商缴纳税收和社会保障资金等 证明告知承诺书

本公司郑重承诺：

- 1.承诺具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
- 2.承诺依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
- 3.承诺参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

我公司对上述承诺内容的真实性负责，如虚假承诺，将依法承担相应法律责任。

承诺单位（公章）：

法定代表人或权委托人（签字或盖章）：