

广州中医药大学第一附属医院全自动快速微生物鉴定及药敏分析仪三年
维保服务的采购公告

采购单位：广州中医药大学第一附属医院
项目名称：全自动快速微生物鉴定及药敏分析仪三年维保服务项目
项目编号：广中医一院采【2026】120 号

- 一、项目概况：我院检验科采购全自动快速微生物鉴定及药敏分析仪三年维保服务。
- 二、采购限价（人民币）：13万元（大写：壹拾叁万元整）。
- 三、资金性质：财政性资金（非预算指标资金）。
- 四、项目需求书：

（一）、采购内容

设备名称	品牌及规格型号	数量	★限价总价（万元）	★维修保养服务范围	服务地点
全自动快速微生物鉴定及药敏分析仪	梅里埃 VITEK 2XL	1 台	13	整机全保（3 年）	广州中医药大学第一附属医院（采购人指定地点）

（二）服务年限：自合同签订之日起三年。

（三）服务内容要求

- ▲（1）投标人须具备医疗设备维护、保养、维修的相应资质与技术服务能力，能够提供原厂或同等质量标准的维修、原厂零配件更换等服务，确保设备性能及安全指标符合国家相关质量与安全标准。
- （2）响应人提供一周 7 天，每天 24 小时的免费电话支持服务，设备工程技术人员提供在线技术咨询和维修诊断。
- ▲（3）响应人提供指定≥1 名工程师负责本项目，负责本项目的工程师需经过原厂技术培训且认证合格，能够提供厂家培训证明及厂家认证的有效期限内的工作证。
- （4）响应人须具备本标的设备原生产制造厂家关于售后服务的授权或技术合作协议。

2. 维修保养服务要求

▲（1）设备维修保养服务周期为每年 365 天，响应时间须≤1 小时，到达现场时间≤24 小时，在宕机情况下 4 小时内到达现场。

★（2）设备维修保养服务地点为广州中医药大学第一附属医院所在地，提供设备的整机全保服务，范围包括全部配件、易损耗件、人工、维修、光学校准、性能检查、定期保养服务等，维保服务过程中产生的一切费用(含工时费、差旅费、加班费等)由成交方承担，服务期内不得以任何名义向采购人收取额外费用。

▲（3）备件必须是原厂且能够提供备件相关的包括报关单等在内的证明资料，备件的供应速度快。所更换配件应与原设备配件同型号、同参数或更高级且相匹配的。

（4）开机率：在合同期内保证 95%的开机率，（停机时间少于 5%）按一年 365 日计算。如果此开机率响应人的原因未能达到，对于开机率低于 95% 的每一个百分点，合同期限将相应延长 7 个日历日。

▲（5）响应人要求定期更换设备易损部件，每年提供常规保养及校准服务，项目至少包括设备的安全检查、除尘保养及运行状态检查。设备维修维保必须使用有效期内的专用工具。

（6）在合同服务期内要求专职负责本项目的维修及联系工作，人员或联系方式的变更需及时告知。负责本项目的工程师至少每月一次现场或电话技术回访。

▲（7）每年提供现场设备保养≥4 次，每年更换≥1次保养包。

（8）每年服务结束后需提供该服务年度的维修服务总结。包括维修情况、更换配件情况、服务总结、设备运行情况分析、设备存在问题及建议等。

★（9）本项目需更换一台主机，且须保证持续更新系统。

▲（11）维保期间，若因科室装修等工程导致设备无法正常使用，服务期相应顺延。

3. 服务评价及服务方案

（1）采购人每年对成交人服务质量进行评价，评价未达标，扣减当年维保费用的5%，考核内容请详见附件《广州中医药大学第一附属医院设备维修保养服务评价表》。

（2）提供详细的整体服务方案：需提供详细的项目实施方案，方案应至少包括以下内容：①服务响应情况；②维保服务；要求方案表述内容清晰、完整、合理、详细、科学、可行。

（四）、付款方式

维保费用四期：

第一期：合同签订后 90 天内支付年服务费的 50%；

第二期：第一年服务期满后 90 天内支付年服务费的 100%；（若存在考核扣款，则相应扣减）

第三期：第二年服务期满后 90 天内支付年服务费的 100%；（若存在考核扣款，则相应扣减）

第四期：在合同期满且正常履行维保责任的情况下 90 天内支付年服务费 50%。（若存在考核扣款，则相应扣减）

（五）提供近三年（2023 年至今）相关同类项目业绩，需提供证明文件（附合同复印件等）。

（六）响应人员必须与报名登记表登记的人员一致，若临时更换响应人员需提前与采购中心工作人员联系。

（七）响应文件要求：7 份（1 正 6 副），采购会议前需密封，每份文件均需按序页码。双面打印。

（八）项目需求书条款响应情况：响应人必须对项目需求书的内容逐条响应。“★”号的条款为关键条款，必须实质性响应，负偏离（不满足要求）将导致响应无效（若有）；带“▲”号条款未响应或不满足，根据评审要求影响其得分，但不作为无效响应条款（若有）。

序号	采购需求参数	实际参数（响应人应按投实际数据填写，不能照抄采购要求）	是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离）	偏离简述
1				
2				
...				

（九）陈述、答辩：

1. 陈述部分：陈述时间不超过 3 分钟。陈述着重介绍对项目的理解，特别是关键技术层面，无需使用 PPT。

2. 答辩部分：陈述之后，由评审小组提问，响应人如实作答。

（十）响应人应完整、真实、准确的填写响应文件中规定的所有内容，对响应文件所提供的全部资料的真实性承担法律责任，并无条件接受采购采购单位及监督管理部门等对其中任何资料及采购采购单位或监督管理部门认为有必要的资料进行核实的要求。

（十一）采购评审现场开展二次报价。

五、响应人资格

1. 响应人应是来自中华人民共和国的独立法人企业或其他组织或自然人，具有医疗设备维修等的能力，营业执照有相关的营业范围。

2. 本项目不接受联合体投标，不得转包、分包、外包投标的主体。

六、评审方式：综合计分

七、报名时间及地点

1、报名时间：**2026年10月12日至2026年10月19日17:00;**

2、报名方式：本项目只接受电子报名，报名邮箱为：gztc_m_zbzx@gzucm.edu.cn。请各响应人将报名需要提交资料加盖公章后扫描，将扫描件发至报名邮箱，邮件名称：项目名称+单位名称；

3、报名需提交资料（需加盖公章）

（1）有效的营业执照复印件。响应人在经营范围内响应，如营业执照未记载经营范围，同时提供在全国企业信用信息公示系统查询的单位“登记信息”的打印页面；

（2）企业法人代表证明书、具有法人签名或盖章的被委托人有效授权书（详见附件）；

（3）报名登记表（详见附件）；

4、报名所需的资料原件请于采购会议当天交至招标采购中心工作人员处。报名是否成功，以邮件回复为准。

5、报名成功本项目的响应人，若决定不参与的，请于 **2026年10月19日17:00前**电话或邮件通知采购人。

八、采购会议时间及地点

1、采购会议时间：**2026年10月22日上午9点**

2、采购会议地点：广州市白云区机场路16号广州中医药大学第一附属医院行政楼102室

3、响应人员应为报名登记表上登记的负责响应的人员，该人员凭身份证进入采购会议地点。

九、本响应文件所涉及的时间一律为北京时间。

十、联系人：陈老师/蔡老师:020-36588744；（项目咨询）

黄老师：（020）36585829、36598946；（采购流程咨询）

十一、咨询时间：工作日上午 8:00-12:00，下午 14:30-17:30

广州中医药大学第一附属医院

2026年10月12日

附件：

广州中医药大学第一附属医院设备维修保养服务评价表

评价年度：合同期第 年

设备名称		品牌型号	
机身号		固定资产号	
合同号		维保期	年（自 年 月 日起计）
服务公司		联系人及电话	
1、是否按照计划定期对设备进行全面预防性维护以及安全性检查，并提供相关检查报告。 符合（ ）；不符合（ ）；其他：			
2、维修响应是否及时，工程师是否按时到达现场，服务态度良好。 符合（ ）；不符合（ ）；其他：			
3、保修所需的备件供应是否及时、充足，是否与原设备相匹配的全新配件。 符合（ ）；不符合（ ）；其他：			
4、是否为科室提供了必要的现场应用培训。 符合（ ）；不符合（ ）；其他：			
5、设备开机率达到，是否达到合同规定要求。 符合（ ）；不符合（ ）；其他：			
6、是否在规定时间内完成设备软件安全升级与更新。 符合（ ）；不符合（ ）；其他：			
评价情况：达标 ☐ 不达标 ☐			
使用科室意见：		签名：	
设备管理部意见：		签名并盖章：	
公司代表签名并盖章： 日期：			

附件：

法定代表人授权书

致：广州中医药大学第一附属医院

本授权书声明：注册于_____（国家或地区）的_____（响应人名称）的在下面签字的_____（法定代表人的姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的（被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代表人，就“广州中医药大学第一附属医院（项目编号：广中医一院采【2026】120号）”采购的_____（可选“报名”），以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于_____年_____月_____日签字生效，特此证明。

随附《法定代表人证明书》

附件

1、代理人(被授权人)身份证或其他有效的身份证明

注：响应人必须在上述附件上加盖公章。

被授权代表身份证复印件

响应人（法人公章）：

地 址：

法定代表人（签字或盖章）：

职 务：

被授权人（签字或盖章）：

被授权人身份证号码：

职 务：

日期：

（响应人可使用下述格式，也可使用广东省工商行政管理局统一印制的法定代表人证明书格式）

法定代表人证明书

_____现任我单位_____ 职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：_____

附：代表人性别：_____ 年龄：_____ 身份证号码：_____

企业注册号码：_____ 企业类型：

经营范围：_____

_____。

注：响应人必须在上述附件上加盖公章。

法定代表人身份证复印件

响应人（法人公章）：

日 期：

报名登记表

采购项目编号	广中医一院采【2026】120 号		报名日期	年 月 日
项目名称				
报名单位名称				
地址(营业执照)			邮编	
报名人	姓名	身份证号码	手机	传真
响应人（负责参加 采购的人员）	姓名	身份证号码	手机	电子邮箱