**三台县人民医院**

**院内采购文件**

**项目名称：EOS数码相机、微距专业镜头、环形闪光灯采购项目**

**编制日期：2024年1月9日**

三台县人民医院关于EOS数码相机、微距专业镜头、环形闪光灯采购的公告

根据医院工作需要，拟对EOS数码相机、微距专业镜头、环形闪光灯进行院内询价采购，请符合相应要求的潜在供应商参加，具体事项如下：

**一、基本情况**

**1.采购数量**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 单位 | 数量 | 最高限价（元） | 备注 |
| 1 | EOS数码相机 | 台 | 1 | 14500.00 |  |
| 2 | 微距专业镜头 | 个 | 1 | 12499.00 |  |
| 3 | 环形闪光灯 | 盏 | 1 | 580.00 |  |

**2.项目名称：**EOS数码相机、微距专业镜头、环形闪光灯采购项目

**3.参数要求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **技术参数要求** | **备注** |
| 1 | EOS数码相机 | 1.具有自动对焦/自动曝光的单镜头无反光镜。2.记录媒体:单卡槽，SD/SDHC/SDXC存储卡（兼容UHS-II存储卡）。3.图像感应器尺寸≥36×24毫米。4.有效像素≥2420万像素。5.记录像素≥L（大）：≥2400万像素（6000×4000），M（中）：≥1060万像素（3984×2656），S1（小1）：≥590万像素（2976×1984），S2（小2）：≥380万像素（2400×1600），RAW/C-RAW：≥2400万像素（6000×4000）。6.白平衡校正≥蓝色/琥珀色方向：±9级，≥洋红色/绿色方向：±9级。7.白平衡包围曝光:在±3级间以1级为单位调节。8.监视器尺寸和点数≥0.39"，≥236万点。9.视野率:垂直/水平方向为≥100%。10.屈光度调节范围≥-4.0～+1.0m-1（dpt）。11.亮度调节≥自动/手动（5级）。12.色调微调≥蓝色/琥珀色方向：±2级，≥洋红色/绿色方向：±2级。13.可用的自动对焦点位≥4897个。14.自动选择时的可用自动对焦区域≥1053区。15.放大显示可进行≥5倍、10倍放大确认。16.对焦覆盖范围检测出被摄体时：长≥100%×宽≥100%的面积，未检测出被摄体时：长≥90%×宽≥100%的面积。17.对焦亮度范围≥EV -6.5～21（使用F1.2镜头、中央自动对焦点、23℃、ISO 100、单次自动对焦）。18.测光方式：使用图像感应器进行实时测光，≥384分区（24×16）测光。19.曝光补偿：手动：在±3级间以1/2或1/3级为单位调节，自动包围曝光：在±3级间以1/2或1/3级为单位调节（可与手动曝光补偿组合使用）。20.重量≤414克(仅机身)，≤461克(含电池、存储卡)。 |  |
| 2 | 微距专业镜头 | 1.镜头焦距 ≥100mm。2.镜头结构≥13组17片。3.光圈叶片≥9片(圆形光圈)。4.最小光圈≥32。5.最近对焦距离≤0.26米。6.最大放大倍率≥1.4倍。7.驱动系统： NANO USM超声波马达。8.手抖动补偿效果≥5级(基于CIPA测试标准，使用EOSR时)。9.滤镜直径≥67毫米。10.最大直径及长度≥81.5×148毫米。11.重量≤685克。 |  |
| 3 | 环形闪光灯 | 1.真实闪光指数GN14 REAL GN14(ISO100,100MM)。2.全手动闪光:1/1-1/128(±1/3档)。3.自动TTL/MULTI模式/后帘同步。4.闪光比控制:以1/2档为变量在1:8-8:1调节。5.全手动/AB光比/AB独立闪光。6.曝光补偿:以1/3档为变量±3档 。7.灯头自动变焦/手动变焦。8.外部接口:外置电源口、PC端。9.内置自动辅助对焦灯。10.供电:5号电池x4节/外接电源 （套装）。 |  |

注：产品技术参数须逐一完全响应，产品功能完全满足。

**4.商务要求**

4.1交货时间：签订合同之日起10个工作日内。

4.2交货地点：三台县人民医院内。

4.3验收标准：严格按照采购文件技术要求、响应文件和国家、行业标准进行验收。

4.4产品须为原则正品、正规行货，技术参数须逐一完全响应，产品功能完全满足，且中标后5日内签订合同前中标人须提供相机厂家针对本项目出具的加盖鲜章的产品售后服务承诺函原件，否则取消中标资格。

**5.服务要求**

5.1质保期限：≥1年。

5.2保修期内接到故障处理后须30分钟给出解决方案，一般故障须4小时内解决，更换配件须3天内完成。

**二、采购方式：**院内询价（注：所有参数要求、商务要求均为实质性要求，负偏离则响应文件无效。）

**三、供应商资格要求**

1.具有独立承担民事责任的能力。

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

3.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力。

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

5.参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

6.法律、行政法规规定的其他条件。

7.供应商及其现任法定代表人、主要负责人不得具有行贿犯罪记录。

**四、询价须知**

1.询价：由采购办组织并抽取3名评审人员在审计科监督下询价。

2.报名时间：2024年1月10日至2024年1月12日8:00～12:00、14:30～18:00（北京时间，法定节假日除外）。报名电话：0816-5222252。

3.递交方式：邮寄（顺丰快递）询价文件，**供应商不到现场**，收件人：邹老师，联系电话：0816-5222252，地址：三台县人民医院采购办。

4.内容要求：询价文件装订成册，一正一副，包括:报价单、资质、业绩、服务方案等；询价文件封面注明项目名称、公司名称、联系人、联系电话。

5.递交截止时间：2024年1月17日12：00。

6.询价时间：2024年1月17日15:00。

7.询价地点：行政楼二楼会议室

8.定标方式：一次报价，在符合采购需求、质量和服务要求前提下低价中标。

**五、项目公示：**三台县人民医院官网。

**六、项目咨询：严**老师-15982964992（咨询时间：法定工作日8:00-12：00，14:30-18:00）。

三台县人民医院采购办

2024年1月9日

附件

**询价文件**

**项目名称：**

**授权代表：**

**手机号码：**

**供应商全称： （盖章）**

**年 月 日**

**报价单**

致：三台县人民医院

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格型号** | **生产厂家** | **报价（万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表说明：

1.所报产品名称、规格型号、生产厂家等信息如实填写，没有就以“/”表示。

2.报价已包括货物、包装、运输、安装、调试、检测、验收合格交付使用之前及保修期内保修服务等所有其他有关各项的含税费用。

单位名称（盖章）：

联 系 人：

联系电话：

日 期： 年 月 日

**承诺函**

三台县人民医院：

我公司作为本次询价项目的询价申请人，根据询价文件要求，现郑重承诺如下：

（一）具有独立承担民事责任的能力。

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力。

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

（五）参加询价采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

（六）完全接受和满足本项目询价文件中规定的实质性要求，如对询价文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对询价文件有异议的同时又参加询价以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

（七）在参加本次询价采购活动中，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他询价申请人参与同一合同项下的询价采购活动的行为。

（八）询价申请人未对本次询价项目提供过整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。

（九）在参加本次询价采购活动中，不存在和其他询价申请人在同一合同项下的询价项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

（十）响应文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交的法律责任。

询价申请人名称（加盖公章）：

法定代表人/单位负责人（签字或加盖个人名章）：

授权代表签字：

日 期： 年 月 日

**商业信誉承诺书**

三台县人民医院：

 （供应商名称）郑重承诺：

 （供应商名称）在参加本次采购活动前具有良好的商业信誉。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**具有健全的财务会计制度承诺函**

三台县人民医院：

 （供应商名称）郑重承诺：

 （供应商名称）在参加本次采购活动前具有健全的财务会计制度。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**具有履行合同所必须的设备和专业技术**

**能力的承诺书**

三台县人民医院：

 （供应商名称）郑重承诺：

 （供应商名称）具有参加本次采购活动，履行采购合同所必须的设备和专业技术能力。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**具有依法缴纳税收和社会保障资金良好**

**记录的承诺书**

三台县人民医院：

 （供应商名称）郑重承诺：

 （供应商名称）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**无重大违法记录的书面声明**

三台县人民医院：

 （供应商名称）郑重声明：

 （供应商名称）在参加本次采购活动前3年内在经营活动中无重大违法记录（即因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚的行为）。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**无行贿犯罪记录的承诺函**

三台县人民医院：

 （供应商名称）在参加本次采购活动前3年内公司及法定代表人（非法人负责人、自然人本人）在前3年内无行贿犯罪记录。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**法定代表人身份证明**

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商单位名称） 的法定代表人。

特此证明。

供应商（盖章）：

日 期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件。

注：法定代表人亲自投标而不委托授权代理人投标适用。

 **法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：我 （姓名 ） 系 （供应商） 的法定代表人，现授权委托 （单位名称） 的 （姓名） 为我公司代理人，以本公司的名义参加 （招标人） 的 （项目名称） 的投标活动。代理人在资格审查、开标、评标、合同磋商过程中以我单位的名义所签章的一切文件和处理与之有关的一切事物，我均予以承认。

代理人无权转让此授权委托书，特此委托。

供应商（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

附：（1）法定代表人身份证明原件和法定代表人身份证复印件。

（2）授权委托人身份证复印件。

注：法定代表人不亲自投标而委托授权代理人投标适用。

**资质证明文件（复印件加盖鲜章）**

**彩页资料、公司业绩、服务方案等(加盖鲜章)**