附件1

 正（副）本

致：赣州市妇幼保健院

## 项

## 目

## 咨

## 询

## 文

## 件

**项目名称：医院打印机租赁服务项目咨询**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

## 一、医院打印机租赁服务项目咨询响应函

致：赣州市妇幼保健院

（响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次投标有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐

瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三、我方承诺，以后的项目采购不高于此次咨询结果，系统性能参数、

配置、维保不低于此次项目咨询结果。

四、与此次项目咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## **二、****医院打印机租赁服务技术需求**

**（一）、**按打印张数计费（打印机、打印机耗材及维护由服务供应商承担；纸张由院方承担）保障所有租用机型正常使用；院方有对租用打印机的保管义务，预估总打印张数约为820万张。

**（二）、**整个打印服务项目提供的打印设备不少于68台，院方可按需求提出增加打印设备和调整更换约定两款机型；出现故障时10分钟到现场，半小时内处理好问题，处理不好则免费提供备用机，否则每次扣款2000元；超过三次以上院方可终止合同。

**（三）、**响应供应商按照院方指定打印量达到**每月1800张以上**的科室使用，响应供应商免费提供打印机给院方，租赁打印机打印效果符合电子病历质量要求，并免费提供打印设备的耗材与运行维护。院方将按实际打印张数付费（打印总张数\*每张单价）。**备注：如因为科室自身业务变化造成后续远不能达到每月1800张以上租赁条件的，科室有权要求服务供应商撤回打印租赁设备。**

**（四）、**提供服务的打印机的打印字迹清晰、无断线、版面整洁、没有黑边、横(竖)条纹、较明显的斑点，深浅均匀；不达要求的打印纸张不计入纸张数量。

**（五）、**院方可根据政策或医院实际服务需求，单方面提前终止本服务合同，但需提前一个月以书面形式告知服务供应商。

**（六）、**响应供应商具有专业的服务队伍和专业的技术服务能力，并在售后服务方案中承诺派驻不少于2名工程师长期在医院驻点上岗，负责本院三院区的租赁服务，工作响应时间7\*24小时。接到报修后， 在工作时间承诺 10 分钟内到现场 ，八小时外承诺在 45 分钟内到现场的；并且每天安排夜班服务人员（每月提供值班表）；供应商需提供每周租赁设备巡检记录和测试页，每月需提交巡检报告和满意度反馈表；供应商要派专业技术人员培训设备日常使用事项，及时添加设备所需耗材，尽量保证设备正常运行。

**（七）、**拟供打印机参数要求：因科室打印量大使用频繁，打印内容涉及电子病历特殊性，打印设备技术参数如下：

 一、护士站打印机参数要求

黑白商用喷墨打印机，采用颜料墨水，最高分辨率1440x720dpi，最大打印幅面：A4，打印速度：≥34ppm；墨盒容量：2400页以上；月打印负荷量≥ 5000页；网络打印：支持有线网络打印，接口类型：USB2.0、10Base-T/100Base-TX（RJ-45网络接口），为保证网络安全性和管理方便性，本项目拟供设备不接受无线网络接口；进纸容量≥ 100页，出纸容量 ≥30页；支持打印计数器功能，并可以空白页计数；耗电量：工作模式下≤ 15 W（节能） ；打印墨水要求速干、防水、防酒精，能够保存30年以上字迹清晰。打印机可实时查询打印机状态（如：打印张数、故障报错、设备号、部门等信息），方便管理。

二、医生站打印机参数要求

1、产品类型 黑白激光打印机；

2、最大打印幅面 A4；

3、最高分辨率 1200×1200dpi（图像增强可达4800×600dpi）；

4、黑白打印速度 A4：≥38ppm；

5、双面打印：≥30ppm；

6、双面打印： 标配自动双面打印；

7、月打印负荷≥80000页，无预热时间；

8、耗材鼓粉一体结构，硒鼓容量不小于3000页；

9、进纸盒容量标配：多用途纸盒1容量：≥100页，纸盒2容量：≥250页；

10、接口：标配USB2.0、以太网 10/100/1000 Base-T 接口；

11、要有计数器功能；打印机可实时查询打印机状态（如：打印张数、故障报错、设备号、部门等信息），方便管理。

12、要与HIS系统相兼容，支持A5、A4纸张自动识别选择纸盒，可同时批量放置A4、A5纸张并自动选择打印纸张，方便操作使用。

**备注：护士站打印机累计打印总张数达到10万张时，医生站打印机累计打印总张数达到30万张时，服务供应商需更换租赁打印机；并且服务供应商承诺另外提供护士站打印机、医生站打印机各8台作为备用设备，以保障我院三个院区租赁服务需求。**

**（八）、**咨询响应文件需递交供应商在项目中所承诺提供租赁护士站打印机和医生站打印机制造商出具的售后服务承诺函原件（加盖制造商公章），以满足院方电子病历的打印需求，响应供应商并保证规定的30年保存期内字迹清晰。

**（九）、**报价表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 | 数 量（张） | 单价（元） | 总价（元） |
|  | 8200000 |  |  |

**服务日常考核细则：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **项 目** | **扣罚标准** | **发生次数** | **扣罚分数** | **备 注** |
| 工作 纪律 | 工作人员迟到、早退的。 | 0.5 分/人次 |  |  |  |
| 工作时间内未戴工牌的。 | 0.5 分/人次 |  |  |  |
| 工作人员无故旷工的。 | 1分/天 |  |  |  |
| 服务 效率、态度 | 接到报修后， 在工作时间未能 10 分钟内到现场 的八小时外未能在 45 分钟内到现场的。 | 0.5 分/次 |  |  |  |
| 甲方有重要任务时， 乙方未按要求积极参与配合并将 人员安排到位。 | 5分/次 |  |  |  |
| 服务过程中未做到态度和蔼，不遵守服务礼仪的。 | 1 分/次 |  |  |  |
| 半小时内故障未能排除没有立即更换备用机的。 | 5分/次 |  |  |  |
| 若院方使用科室对乙方驻场工作人员的服务质量及配件产品质量不满意有权向医院投诉，信息科调查核实达 3 次，若中选方工作人员的服务质量及配件产品质量被投诉后无改进，院方有权单方终止合同。 | 5分/次 |  |  |  |
| 服务内容 质量 | 未提供每周租赁设备巡检记录和测试页，每月未提交租赁设备巡检报告和满意度反馈表的。 | 2分/月 |  |  | 提供纸质的巡检记录和测试页（需有科室签字），每月提交纸质巡检报告和满意度反馈表。 |
| 每月定期查看备用机数量和登记更换情况 | 2分/月 |  |  | 提供纸质的备用机库存和更换登记表。 |
| 考核日期：考核人(甲方)签名： | 总分合计：被考核人(乙方)签字： |

注：(1)每 1 分扣 400 元。

(2)每次考核后院方将考核结果告知服务商，服务商应在收到考核结果五个工作日内进行确认，超时未确认且未提出异议的视为服务商同意考核结果。

(3)院方有权在付款时扣除已发生的扣罚金额。

（4）服务期内累计扣分达15分，医院有权单方面终止合同。

## 三、法定代表人授权书（非法人代表参与投标时提供）

致:赣州市妇幼保健院

（响应供应商法定代表人名称）是（响应供应商名称）的法定代表人，特授权（被授权人姓名及身份证代码）表代表我单位全权办理上述项目的设备咨询、投标、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

## 四、承诺书

## 五、响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

致：赣州市妇幼保健院

我公司在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有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、较大数额罚款等重大违法记录。

特此声明。

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## 六、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证

**七、其他证明文件**