

大连市第五人民医院询价函

大连市第五人民医院试剂存储室制冷系统采购项目 询价函

各供应商：

大连市第五人民医院拟采购试剂存储室制冷系统一套，预算3.2万元。现诚意邀请贵公司对“大连市第五人民医院试剂存储室制冷系统采购项目”进行报价，报价超出采购预算的，视为无效。

一、采购需求

1. 尺寸：约4.5米x2.5米x2.7米。
2. 冷库温度：2度至8度，使用期间根据需要可调整。
3. 冷库保温材料：选用双面彩钢阻燃聚氨脂保温板，厚度：大于等于100mm。
4. 冷库门：外径尺寸约1000mmx2000mm。
5. 门洞尺寸：约800mmx1800mm，右手开门。
6. 制冷设备：电源电压380V，三项五线制。压缩机大于等于4HP制冷一体机，功率约3千瓦。
7. 库内蒸发器：选用DD22m²冷风机。风扇数量大于等于3个，电机总功率大于等于360w。
8. 制冷系统控制：选用全自动控制箱，功能：具备温度控制，设备报警功能，可与手机连接，需要数据可电脑打印。



二、报价文件报送

若贵公司有意参加此次报价，请将报价文件密封后加盖单位公章，于2019年11月11日10:00前送至大连市第五人民医院（黄河路890号）机关综合楼（F座）307室（采购办），逾期者视为放弃。

三、报价须知

1. 报价文件中应包涵报价单（包括单价、数量、总价）、营业执照、产品彩页（非必须）。

2. 报价文件须每页加盖公章。

3. 报价单经我单位认可即为签订合同的最终依据。

四、确定中标及合同签订

本次采购以满足采购需求且报价最低的原则确定中标单位。

五、付款方式

中标方应于货物验收合格后向甲方开具发票后，院方以支票或电汇的形式支付90%合同款，质保期本合同价款的10%为质保金，质保期内乙方所提供产品无任何质量问题的，甲方于质保期满后无息支付给乙方。

六、其它要求

1. 供货方应接到采购方通知三十日内将产品送到采购方指定地点，所需费用由供方承担。

2. 产品质保期壹年，质保期内出现问题，供货方负责免费维修。

七、联系方式

名称：大连市第五人民医院采购办

电子邮箱：liutianmingcn@126.com

联系人：刘天明、战寿奎

联系电话：0411-84244322

地址：大连市第五人民医院（黄河路 890 号）机关综合楼（F 座）307 室（采购办）



