**关于南京医科大学附属口腔医院**

**燃气型溴化锂空调机组采购项目**

**前期调研公告**

南京医科大学附属口腔医院拟对以下项目进行摸底、调研，欢迎符合要求的供应商前来报名。

**项目名称：南京医科大学附属口腔医院燃气型溴化锂空调机组采购项目**

**项目基本概况：**

该项目位于鼓楼区上海路与汉中路交叉口西北部南京医科大学附属口腔医院院内一座地下溴化锂空调机房，面积约126平方米。机房内设两台溴化锂空调机组，1998年机组已废弃（需更新），2016年机组正在使用，供老大楼夏季空调，两台冷却塔设于既有锅炉房屋顶。

**资质要求：**

供应商应具有独立法人资格，营业执照。提供有效的证书复印件加盖公章。

**采购需求：**

1、燃气溴化锂空调机组备包括但不限于设计、试验、制造、包装、运输、装卸、就位、安装指导、调试、培训和售后服务等。

 2、采购范围：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 标的物主要参数 | 数量/台 | 备注 |
| 燃气型溴化锂空调机组 | 制冷量不低于：1758KW制热量不低于：1471KW冷水进出口温度：12-7℃温水进出口温度：50-60℃冷却水进出口温度：32-37. 5℃机组制冷时COP≥1.40；机组供热时COP≥0.9 | 1 |  |

1. 技术规范

技术适用于南京医科大学附属口腔医院燃气溴化锂空调机组采购项目。它主要包括：空调机组本体、溴化锂溶液、随机控制系统等辅助设备，含运输就位，冷水、水、电、气管路对接指导。并提出上述设备的功能设计、结构、性能、安装和试验等方面的技术要求。

**请仔细阅读本项目技术参数要求，并提供以下书面材料一式四份。**

1. 本公司满足本项目全部要求，无疑问。

或

本公司对本项目有疑问，并附下表表述，标明原需求，建议修改内容并阐明原因。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 原需求指标 | 建议修改 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 该项目人员配置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 所属工种 | 证书 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

3、该项目设备配置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 购买发票/租赁合同 |
|  |  |  |
|  |  |  |

4、与本项目类似的成功案例（合同或中标通知书复印件）

5、与本项目相关的公司资质证书专利等证明材料。

6、

**报价一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **南京医科大学附属口腔医院 项目** |
| **序号** | **货物名称** | **品牌规格型号** | **数量** | **单价（元）** | **总价（元）** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **合计金额** | **人民币（大写） 元整****（¥ 元整）** |
| **供货时间** | **签定合同后（ ）日历天内** |
| **到货期** |  |
| **实施期** |  |
| **质保期** |  |

**注：如有配件及耗材需同时提供报价**

**单位名称（公章）：**

**法定代表人（授权代表）签名：**

 **联系电话（手机）：**

 **年 月 日**

7、配合疫情防控需要：前来参加项目调研的人员需出具苏康码绿码、8月20日及之后采样的核酸检测阴性报告复印件。

时 间：2021年8月26日星期四下午14:30

地 点：江苏省口腔医院新综合楼十三楼1301会议室

联系人： 李老师 联系方式：69593206

联系人： 杨老师 联系方式：69593152

注： 1. 提供虚假文件一经查实将终止其参与资格。

 2. 资料一式四份，加盖单位公章并装订成册，概不退还。