**关于南京医科大学附属口腔医院**

**图书馆电梯改造工程项目征集潜在供应商的调研公告**

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。

**一、项目名称：**

**南京医科大学附属口腔医院图书馆电梯改造工程项目**

**二、项目基本概况：**

南京医科大学五台校区图书馆位于南京医科大学五台校区内，与口腔医院综合楼相接，1997年投入使用。图书馆为现浇钢筋混凝土框架结构，高五层，建筑面积约6000㎡。

现计划对图书馆1-3层进行改造，楼层功能布局整体规划调整。根据改造内容、实施计划，需加装两部电梯，技术参数详见采购需求。

**三．资质要求：**

1、电梯生产商资格条件：电梯生产商具备有效期内的《特种设备（电梯）制造许可证》乘客电梯资质和《特种设备（电梯）安装维修许可证》（垂直客梯）资质，提供证书复印件加盖公章。

2、电梯代理商需提供生产商的专项授权书，提供证书复印件加盖公章。

**四、采购需求：**

|  |  |
| --- | --- |
| 设备类型 | 规格 |
| 无机房曳引驱动乘客电梯 | 1、井道尺寸：2400\*2400mm；  2、底坑深度：1300mm；  3、顶层高度：4200mm；  4、停靠层站：5层5站；  5、速度：1.0m/s；  6、提升高度：22.1m；  7、额定载重：1350Kg；  8、轿厢尺寸（宽\*深\*高）：1500mm\*2000mm\*2400mm  9、轿厢、轿门、厅门材质：透明玻璃  10、需增加对重安全钳  11、曳引机、控制柜、门机与所投电梯原厂原品牌  12、共两台，其中一台电梯为无障碍电梯 |

**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技术参数要求，无疑问。

或

本公司对本项目技术参数有正/负偏离，并附下表表述。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 原技术指标 | 正/负偏离 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

2、本公司对本项目技术参数有疑问，并附下表表述，标明原技术参数，建议修改内容并阐明原因。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 原技术指标 | 建议修改 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 主要产品及零配件报价表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格型号 | 单价（元/米或元/个） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 质检报告情况汇总表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 质检报告名称 | CMA或CANS或国际权威检测机构或其他 | 依据标准 | 质检报告结果（合格/不合格） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 该项目人员配置

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

1. 该项目设备配置

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

1. 生产场地：
2. 与本项目类似的成功案例（合同或中标通知书复印件）
3. 与本项目相关的公司资质证书专利等证明材料。
4. 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** | | | | |
| **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**

五、时 间：2023年6月13日星期二下午14:30

地 点：江苏省口腔医院新综合楼十三楼会议室

联系人：李老师 联系方式：69593206

李 工 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。