**救护车车棚采购文件**

1. 项目概况：

1、项目名称：资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心救护车膜结构车棚及安装采购项目

2、项目编号：ZYFY20220718

3、采购方式：院内竞选（最低价中标法）

4、最高限价：3.9万（超过限价为无效报价）

5、资金来源：自筹资金

6、发包范围：车棚面积：15.2\*8.2㎡； 土建：基础预埋件

二、采购需求：

（一）采购清单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **预算清单** | | | | | | |
| **序号** | **工程名称** | **数量** | **单位** | **单价** | **合计** | **备注及材料施工说明** |
| 1 | 膜结构车棚 |  |  |  |  |  |
| 2 | 基础预埋件 |  |  |  |  |  |
| 3 | **合计** |  | | | | |
| 4 | 预算说明 |  | | | | |

**注：**本表内容涉及产品的，供应商应当明示具体产品的品牌、型号，在“备注” 一列填入。

（二）施工工期：10天

三、供应商资格条件：

1、具备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、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力;

4、有依法交纳税收和社会保障资金的良好记录;

5、投标人参加政府采购活动前三年内，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（本项无）；

7、本项目不接受联合体投标。

四、供应商需提交的文件：

1、投标人具有独立承担民事责任，（注：提供“统一社会信用代码营业执照”；未换证的提供“营业执照、税务登记证、组织机构代码证”；②若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；未换证的提交“事业法人登记证书、组织机构代码证”，③若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”；④若为自然人：提供“身份证明文件”。以上均提供副本复印件）

2、资格条件第2至7项提供证明材料（可提供承诺函）

3、信用承诺书、报名函

4、项目清单及施工方案

5、疫情防控筛查表（完善表内内容，现场提交）

6、比选申请文件应标明项目名称，密封包装并加盖公章；正本一份，副本二份。每一份均应标明“正本”或“副本”，比选申请文件的正本和副本需装订成册，列目录清单，资料均须加盖比选申请单位公章（鲜章），副本可用正本复印件。

五、商务要求

1、项目工期：工程工期10天（具体安装时间由甲方另行通知，请投标人自行考虑此因素）。

2、质量要求：组装钢材需做防腐处理，膜材选用PVDF膜材，需具备抗老化性好，易清洁等优点，基础预埋件需稳固结实，经久耐用。

3、安全文明施工要求：中标单位应对参加施工的所有人员和第三者投保意外工伤险，并承担全部安全责任。中标单位应制定可靠的施工方案（施工方案格式自拟），采取有效安全防护措施，确保无安全事故发生。乙方必须设置扬尘处理措施,满足相关部门安全文明施工要求。

4、付款方式：工程竣工验收合格交付甲方后，乙方提供合格有效发票交甲方完善财务报销手续后15日内支付。

5、投标人在获得招标文件的有关资料后可根据自己的需要自行到拆除现场及周围环境进行勘察（不统一组织），以便获取由投标人自行负责编制的投标文件和签订合同所需的一切资料，现场勘察的费用由投标人自行承担，如投标人未进行勘察造成的一切后果自负。

六、报价要求

1、供应商应以人民币进行报价。本项目不接受任何非人民币币种的报价。

2、供应商的报价是其响应本项目要求的全部工作内容的价格体现，包括供应商完成本项目所需的一切费用。

3、供应商的报价超过本项目所设最高限价的，其响应文件作无效处理。

4、本项目采用二轮报价，响应文件中作为首次报价，二次报价函参考附件。

七、报名、投标及开标

1、报名时间：截止到2022年7月25日（节假日除外）；

2、开标时间及地点：

时间：2022年7月26日9：30（迟到视为放弃投标）

地点：资阳市雁江区妇幼保健院雷音院区门诊楼四楼医患沟通室

3、报名方式：自本项目公告发布之日起，供应商自行进入资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心门户网站，自行下载公告附件中的《报名登记表》，并按相关要求填写信息，将报名资料发送至zyfycgzx@163.com

4、采购人：资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心

5、地  址：资阳市雁江区雷音大道512号雁江区妇幼保健计划生育服务中心

6、联系人：业务咨询：李老师 采购中心：王老师

咨询电话：028-27199006 报名电话：028-27199393

附件：

**承诺函**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

我单位作为本次采购项目的投标人，根据招标文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（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）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）根据采购项目提出的特殊条件。

二、完全接受本项目采购文件规定，如对采购文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对采购文件有异议的同时又参加采购活动以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他投标人参与同一合同项下的政府采购活动的行为。

四、参加本次采购活动，不存在和其他响应人在同一合同项下的采购项目中，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。

五、如果有《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）规定的记入诚信档案的失信行为，将在响应文件中全面如实反映。

六、响应文件中提供的能够给予采购人带来优惠的任何材料资料和技术、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追究法律责任。

投标人名称：XXXX（单位名称加盖公章）。

法定代表人/单位负责人或授权代表（签字或加盖个人名章）：XXXX。

日期：XXXX。

**报 名 函**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

经研究，我方决定参加贵院 项目的采购及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受或我公司为成交公司，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是比选的唯一条件，你们有选择质优价廉产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关采购的各项规定。

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

邮 箱：

年 月 日

**法定代表人授权委托书**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

本授权声明：（投标人名称）（法定代表人/单位负责人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方（项目名称）项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

**二次报价单**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 报价 | 人民币： 大写： |

1、所报价格包括但不限于管理费、服务费、意外伤害保险、税金等各种与本项目有关的全部费用。

2、本项目采购形式：1.政府采购☑:按政府采购相关要求执行；2.医院自行采购项目□：按医院内控制度确定成交公司后在医院官网进行公示，公示日期1个自然日，公示期满无异议通知成交公司签订合同，供应商不得以任何理由拒绝签订合同，否则被列为不诚信供应商名单，3年内不得参加医院各项采购活动，同时承担由此带来的一切后果。

3、本人已熟读以上条款并代表报名公司同意以上条款。

4、此表为现场填写提交。

法人或代表人签字 ：

供应商名称（盖章）：

时间：

|  |
| --- |
| **资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心供应商来院采购调研活动防疫筛查登记表**  姓名及电话： 性别： 年龄： 到访科室：  身份证号： 近期居住地：  来院时间： 年 月 日 预计离院时间： 年 月 日  来院办理事项： 单位名称：  **根据中国疾病预防控制中心《新型冠状病毒感染的肺炎公众防护指南》，及疫情防控相关要求请如实填写以下内容：**   1. 请问您最近4周内是否与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史？   🞎 无   1. 请问您最近4周内是否接触过来自境外，或来自国内其他高中风险地区的发热或有呼吸道症状的患者？   🞎 无   1. 请问您最近4周内家属或周围密切接触人员是否有高中风险地区旅行史或居住史？是否接触过来自高中风险地区或者境外的呼吸道症状的患者？   🞎 无   1. 请问您近期内有无发热？   🞎 无   1. 请问您近期内有无咳嗽、恶心、呕吐、腹泻、乏力？   🞎 无   1. 请问是否进行新冠疫苗接种？ 🞎有 第几针？ 2. 健康码颜色？ 🞎 绿色 3. 行程码是否为**√？**： 🞎 是 4. 国家政务服务平台中同行密接人员自查是否安全？ 🞎 是 5. 24小时核酸结果 🞎阴性 6. 佩戴口罩类型 🞎外科口罩 🞎N95口罩（备注：佩戴口罩类型请按这两类选择。）   **温馨提示：**   1. 严禁未经预约备案的医药代表、销售代表进入医院。 2. 确因物资配送、设备维护、技术支持等业务需要进入科室的，请相关科室做好疫情防控筛查登记。 3. 法律规定公民应如实向医务人员主动报告疫情相关信息，迟报、瞒报、谎报、乱报将依法追究相关责任。   到访人员签字： 本院筛查人员： 来访科室负责人： |

**此表来院参加采购调研活动当日填写，填写后交与经办人员，不做入响应文件！！此表需加盖单位鲜章，表内1-11项全部符合方能来院参加采购调研活动。**