总务物资日杂类-消毒供应中心物资采购项目招标文件

一、项目名称：总务物资日杂类-消毒供应中心物资采购

二、采购清单及上限价：详见附件1，**每项产品必须提供样品。**

三、服务期限：意向两年，一年一签

四、付款方式：乙方应向甲方提供合法的发票，经申请科室及总务科签字确认项目及数量后，每月结算一次。

五、评标办法：竞争性议价

六、服务要求：

1、接到甲方供货需求后，4个日历天内送达。

2、中标人向甲方缴纳履约保证金1万元，乙方因质量、服务等问题被投诉，经甲方核实无误后每出现1例投诉，甲方从履约保证金中扣除。每年投诉超过3次，甲方有权终止合同。

3、质量要求：所有产品均需提供生产许可证、检测合格证。

六、投标人的资格要求

1、营业执照（需备注三证合一或五证合一）

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书（如有）

4、基本账户信息

七、投标文件编制要求

1、投标文件必须采用装订成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件2。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

八、投标截止时间、开标时间及地点：

**2023年5月22日至2023年5月 29日17 ：00在浏阳市人民医院设备器材部主任办接受现场报名，超过报名时间的投标单位将被拒绝 ，其中法定节假期不接受报名**（联系方式：陈女士 18273179750）报名资料包括报名表、营业执照、法人身份证明、授权委托书。报名表格式见附件2

**投标单位需按照附件1准备电子（Excel版本）报价清单，顺序必须与附件1保持一致。将电子版报价清单存于U盘中，在U盘上注明投标公司名称，并将U盘放入密封袋中。**

1、开标时间：2023年 5月30日9:00，超过开标时间的投标将被拒绝（★）。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

九、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

采购办： 刘先生：13907497269  宋先生：13973193610

总务部：李女士：13574860346

**附件2 报名表**

**浏阳市人民医院总务物资日杂类-消毒供应中心物资采购项目报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 投标单位 | （盖章） |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 报名时间 |  |

备注：报名时间请到报名地点手写

**附件3：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

年 月 日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标) （彩印）
4. 报价文件
5. 服务方案
6. 供应商需要提供的其它资料（包括但不限于基本账户信息）

**一、营业执照**（需备注三证合一或五证合一）

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**四、报价文件**

投标人名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**根据总务物资临床用品清单进行报价**

注：本项目采用费用包干方式，供应商应根据项目要求和现场情况，详细列明项目所需的设备（软件开发）及材料购置，以及产品运输保险保管、项目安装调试、试运行测试通过验收等所有人工、管理、财务等所有费用，如一旦成交，在项目实施中出现任何遗漏，均视为包含在报价中，采购人不再支付任何费用。

供应商（盖单位章）：

法定代表人或其委托代理人签字：

日期： 年 月 日

1. **服务方案**
2. **供应商需要提供的其它资料**