**绵阳市中医医院制氧机房整改服务项目询价采购文件**

因我院业务需要，拟以询价方式招标一家公司对我院制氧机房提供整改服务，特邀请符合本次采购要求的供应商参加。

一、采购项目概况

1．项目名称：绵阳市中医医院制氧机房整改服务。

2．项目地点：绵阳市中医医院（涪城路14号）

3．项目简介：对绵阳市中医医院制氧机房按要求进行整改。

4. 最高限价：2.5万元。

1. 项目服务要求：
2. 按照规范制作警示标识（不仅限于机房配电柜）
3. 将储氧罐安全阀泄气口延长至室外
4. 安装氧气泄露报警装置
5. 升级改造远程监控及报警系统必须兼容原监控系统，通过手机app实时查看制氧机运行状态，报警信息通过微信或短信通知管理人员。
6. 结算付款方式：验收合格后三个月支付合同总金额90%，半年后支付剩余尾款。

二、采购方式

1.采购方式：询价，供应商一次性报出最终价格，不得更改。

2.评审方法：符合资格条件前提下，投标人以项目最高限价为基准，满足采购要求，报价最低的投标人为中标人。

三、供应商资格（加盖鲜章）

1、具有独立承担民事责任的能力（提供有效期内营业执照复印件）；

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（提供承诺函）；

3、具有履行合同所必需的专业技术能力（提供承诺函）；

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（提供承诺函）；

5、参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录（提供承诺函）；

6、本项目不接受联合体（提供承诺函）；

9、委托授权书；（提供原件）

10、法定代表人及授权代表的身份证。（提供复印件）

**四、报价响应须知**

1.报价须知

（1） 投标人以项目最高限价为基准，一次性报出最终报价，不作更改。

（2） 报价为完成本项目的全部工作内容所需费用。

2.报价时间：2025年6031日至6月06日17：00。（以邮件接收时间为准。）

3.资料递交：自行在公告附件中下载采购文件。报名表、资格（按照第三条“供应商资格”要求内容提供资料）、最终报价表、项目服务要求响应表加盖公章，扫描成PDF后打包加密发送至指定邮箱3492093577@qq.com，报名文件命名格式：项目名称+公司全称+联系人+联系电话，开标时需要提供邮件密码，请开标当天保持电话通畅。

4.开启时间地点：2025年6月10日10时 00分绵阳市中医医院怀恩楼20楼2018室。

**六、联系方式**

1.报名咨询：蒋老师 0816-2243905

2.项目咨询：黎老师0816-2226220

3.监督部门联系电话：0816-2224042

**七、公告发布媒体：**绵阳市中医医院官网。

**最终报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购项目名称 | 最高限价（万元） | 最终报价（万元）  |
| 1 | 绵阳市中医医院制氧机房整改服务 | 2.5 |  |

注：1.所有报价均用人民币表示,报价为完成本合同约定的全部工作内容所需费用。

2.投标人以项目最高限价为基准，一次性报出最终报价，不作更改，超过最高限价视为无效报价。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或盖章）：

日期：

**授权委托书**

（姓名）本人（身份证号码：）系（供应商名称）的法定代表人，现委托（姓名）（身份证号码：）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）响应申请文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：。

代理人无转委托权。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人（签字或加盖个人印章））：

委托代理人（签字或加盖个人印章）：

日期：年月日

注：1.如由法定代表人签署响应文件时，无需提供本授权委托书；

2.附法定代表人和委托代理人身份证复印件。

**项目服务要求响应表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购项目服务要求 | 响应情况  | 偏离情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.以上表格格式行、列可增减。

2.供应商按照采购项目服务要求做出应答。

3.供应商必须据实填写，不得虚假响应，否则将取消其投标或中标资格等。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或授权代理人（签字或加盖个人印章）：

日期：