**五莲县康复医院（日照市康复医院）**

**微型消防站设置询价公告**

一、采购人：五莲县康复医院（日照市康复医院）

联系方式：0633-7931189

地址： 五莲县五莲山路78号

二、项目名称：五莲县康复医院（日照市康复医院）微型消防站设置项目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 采购名称 | 供应商资格要求 | 报价要求 |
| 五莲县康复医院（日照市康复医院）微型消防站设置项目 | 1.供应商须为在中华人民共和国境内注册的独立法人单位，能独立承担民事责任和合同义务，能在国内合法提供采购内容及其相应的服务，具有履行合同所必须的设备、人员及专业技术能力，在人员、设备、资金等方面具有相应的能力。2.本项目不接受联合体形式的投标。注：单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位，或同一母公司的子公司，不能同时参加本项目投标。 | 供应商的报价包括材料费、人工费、设备使用费、税费等所有费用且不得超过41000.00元，超出本价格的供应商报价，做无效报价处理。 |

三、报价函开启时间及地点

1、时间：2024年12月19日09时

2、地点：五莲县康复医院（日照市康复医院）招标采购办公室

四、采购项目联系方式

联系人：徐主任 联系方式：0633-7991602

五、发布公告的媒介

本次询价公告在五莲县康复医院网站上发布。

六、供应商欲参加本项目的报价，请于2024年12月19日09时前，将报价函（格式参考附件 （1）及资质证书复印件加盖公章，采用文件袋密封送至或邮寄至五莲县康复医院招标采购办公室，邮寄地址：五莲县五莲山路78号五莲县康复医院招标采购办公室徐主任收，邮编262300，电话0633-7991602。

七、应商应自行承担所有与参加采购活动的有关费用。不论采购（询价）活动的结果如何，招标人在任何情况下均无义务和责任承担这些费用。

八、本次询价过程中，供应商均有一次报价的机会，以采购人现场开启报价函中的价格为准，报价最低者为本项目的供应商，再次报价无效。

九、项目概况：

该项目位于五莲县城五莲山路78号，五莲县康复医院院内。

工作时限：15日历天。

**附件1 报价函**

报 价 函

五莲县康复医院（日照市康复医院）：

经研究，我方决定参加五莲县康复医院（日照市康复医院）微型消防站设置项目并提交报价文件。为此，我方郑重声明以下诸点，并负法律责任：

1.我方完全理解和接受采购文件的一切规定和要求，按规定提交报价文件。

2.如果我方的报价文件被接受，我方将履行采购文件中规定的每一项要求，并按我方报价文件中的承诺，保证按期完成项目的实施。

3.我方理解，最低报价不是成交的唯一条件，你们有选择成交供应商的权利。

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.我方同意按采购文件要求，遵守贵机构对本次项目所做的有关规定。

6.我方报价文件的有效期为报价截止时间起60日。

7.我方若未成为成交供应商，贵机构有权不做任何解释。

8.我方与本此采购活动有关的一切正式往来通讯请寄：

联 系 人：

联系地址：

邮政编号：

电 话：

传 真：

开户单位：

开户银行：

账 号：

供应商全称：（加盖公章）

供应商法定代表人或其授权代表：（签字或印章）

**附件2 开标一览表**

**开****标一览表**

项目名称：五莲县康复医院（日照市康复医院）微型消防站设置项目

|  |
| --- |
| 微型消防站器材配备清单 |
| 序号 | 器材名称 | 数量 | 单价 | 金额 | 备注 |
| 1 | 消防服(02式)厚 | 6 |  |  | 必配 |
| 2 | 佩戴式防爆照明灯 | 6 |  |  | 必配 |
| 3 | 消防员呼救器 | 6 |  |  | 必配 |
| 4 | 消防轻型安全绳(带钢丝) | 6 |  |  | 必配 |
| 5 | 消防腰斧 | 6 |  |  | 必配 |
| 6 | 消防过滤式综合防毒面具 | 12 |  |  | 必配 |
| 7 | 水枪 | 2 |  |  | 必配 |
| 8 | ABC型干粉灭火器(4公斤装) | 10 |  |  | 必配 |
| 9 | 多功能强光灯 | 2 |  |  | 必配 |
| 10 | 水带 | 10 |  |  | 必配 |
| 11 | 分水器 | 2 |  |  | 必配 |
| 12 | 单杠梯 | 1 |  |  | 必配 |
| 13 | 消防栓扳手 | 2 |  |  | 必配 |
| 14 | 大斧 | 2 |  |  | 必配 |
| 15 | 铁铤 | 2 |  |  | 必配 |
| 16 | 消防柜 | 2 |  |  | 选配 |

供应商全称：（加盖公章）

供应商法定代表人或其全权代表：（签字或印章）

日 期： 年 月 日

**附件3**

 **供应商基本情况表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标人名称 |  | 主要业务 |  |
| 注册资金 |  | 现有职工人数 |  |
| 行政管理人数 |  | 技术人员人数 |  |
| 营业执照 | 1.执照编号 2.营业范围 3.发照部门 |
| 单位资质 | 1.执照编号 2.资质等级 3.发证部门 |
| 单位注册地址 |  | 单位联络方式 | （电话、传真、邮址） |
| 单位成立时间 |  |
| 固定资产净值（万元） |  | 年平均产值（万元） |  |
| 行政负责人 | 董事长姓名 |  |
| 总经理姓名 |  |
| 技术总监姓名 |  |
| 财务总监姓名 |  |
| 开户银行 | 银行账号、开户行名称 |
| 下属分公司或子公司简况 |
| 子公司名称 | 注册地址 | 联络方式 | 公司法人 | 业务范围 |
|  |  |  |  |  |
| 离招标人最近的售后服务机构（后附服务机构证明材料） |
| 机构名称 | 注册地址 | 联系人 | 联络方式 | 业务范围 |
|  |  |  |  |  |

注：后附供应商营业执照等相关资格资质证明材料复印件。

**附件4**

**法定代表人（负责人/经营者）身份证明书**

单位名称：

联系地址：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

上述人员系 <供应商名称> 的法定代表人（负责人/经营者），参加五莲县康复医院（日照市康复医院）微型消防站设置项目的采购活动；签署上述采购活动过程中的一切文件和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

（此处附贴法定代表人（负责人/经营者）身份证复印件）

供应商名称（并加盖公章）：

日 期： 年 月 日

特别说明：

1.法定代表人（负责人/经营者）参加本项目报价的，须出具此证明书。

2.法定代表人（负责人/经营者）证明书须加盖供应商公章，否则磋商小组拒绝其报价。

**附件5**

**法定代表人（负责人/经营者）授权委托书**

本授权委托书声明：我 （姓名）系 （供应商名称）的法定代表人（负责人/经营者），现授权委托 （单位名称）的 （姓名、职务、身份证号）为我单位授权代理人，以本单位的名义参加五莲县康复医院（日照市康复医院）微型消防站设置项目的采购活动。授权代理人在购买谈判文件、报价评标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。本授权一经发出，不得变更。

授权代理人无转让委托权。特此委托。

|  |
| --- |
| （附授权代理人身份证复印件） |

授权代理人姓名： 性别： 年龄：

单位： 部门： 职务： 身份证号码：

供应商名称：（盖章）

法定代表人（负责人/经营者）：（签字、盖章） 身份证号码：

|  |
| --- |
| （附法人（负责人/经营者）身份证复印件） |

 年 月 日

特别说明：

1.授权委托人参加本项目报价的，须出具此授权委托书。

2.法定代表人（负责人/经营者）必须签字或印章，并加盖供应商公章，否则磋商小组拒绝其报价。

附件6

**质量保证和售后服务承诺函**

**㈠项目报价：**

⑴本公司报价包括采购范围内的全部内容，含货物(包括（若有）质保期内的备品备件、易损件、专用工具等)的设计、制造、包装、保险、运输、等相关服务的所有费用。

⑵本公司充分考虑本项目合同实施期间可能发生的一切费用，并承担由此而带来的风险。

⑶本公司报价包含采购人未列明但又为货物所必备的项目或遗漏项目，采购人将一律视为已包括在其报价中，在合同执行中将不予考虑。

⑷本公司报价包含本项目标的物在合同期内，根据采购人正常需要进行升级、改造或进一步完善等服务内容。

**（二）项目售后服务**

1.解决问题的响应时间

2.售后服务方面的其他承诺（质量保证、质保期等）

3.售后服务联系方式（联系人、联系电话等）

4.其它优惠条件

供应商名称：（加盖公章）

法定代表人（负责人/经营者）签字：

日期： 年 月 日