****医疗设备、办公用品及装饰市场价值****

****评估机构遴选****

**遴**

**选**

**文**

**件**

**招 标 人：利川市民族中医院**

**2024年11月25日**

**目 录**

一、采购邀请函

二、采购须知

三、采购项目内容

四、附件：报价文件

****医疗设备、办公用品及装饰市场价值****

****评估机构遴选公告****

****（公告代邀请函）****

**各潜在供应商：**

为满足工作需求，利川市民族中医院现公开遴选具有资产评估资质的机构，旨在准确评估其资产价值，为后续资产处理提供合法依据，本次采购为湖北省政府采购目录内限额下项目，医院采取内控程序进行采购，诚邀符合条件的单位参与。

1. ****项目详情****

**1.评估范围**：

利川市老肯医疗服务有限公司所有的医疗设备、办公用品及装修（根据《智德益友价评字【ZD2024】第010号》中所评估的158项医疗设备、办公用品及装饰资产，详见附件清单）

**2.价格评估基准日：**2024年8月15日

**3.评估服务费（最高限价）：**3.15万（计算依据：《湖北省资产评估收费管理实施办法》）

**4.评估完成期限**：签订合同后30个工作日

****二、资质条件****

1、拥有独立法人资格，持有有效营业执照。

2、投标单位应在省级财政部门完成登记备案。

3、具备提供本项目所需服务的能力及相应资质证明。

4、供应商未被列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）失信被执行人、重大税收违法失信主体、政府采购严重违法失信行为记录名单。

****三、报价材料提交****

**1、**报价单：包括服务承诺（自行设计格式，需法定代表人签字并加盖公章，密封于信封中，封口处加印公司章）

2、提供营业执照复印件和法人身份证复印件或被授权人身份证复印件及授权证明原件。

**3、**登记备案证明：提供省级财政部门的登记备案材料。

**4、**密封要求：所有书面材料需盖章密封，并标明“利川市民族中医院医疗设备、办公用品及装饰市场价值评估机构遴选项目+联系电话号码”。未按要求密封的材料将不被接受。

**四、获取采购文件的时间、地点及方式**

1、**获取文件时间**：2024年11月25日～2024年11月27日。

2、**获取采购文件地点**：利川市民族中医院官方网站自行下载。

**五、响应文件递交截止（报价）时间及地点**

1、响应文件递交截止（报价）时间：2024年11月29日上午10:30（北京时间），逾期或不符合规定的采购响应文件恕不接受。

2、响应文件递交（报价）地点：中医院新院区（南环大道98号）四楼二号会议室。

**六、采购人名称、地址和联系方式：**

采购人名称：利川市民族中医院

采购人地址：利川市南环大道98号(南环大道与滨河西路交汇处)

联 系 人：廖先生

联系电话： 0718-7213878

利川市民族中医院

2024年11月25日

**采 购 须 知**

**一、遵循原则**

公开透明，公平竞争，公道正派，诚实守信。

**二、采购文件**

1、采购文件所列全部内容，投标报价人应仔细阅读，并在报价文件中充分响应采购文件的所有要求。

2、响应供货商应按采购文件要求提交全部资料并对采购文件各项内容做出实质性响应，否则报价无效。

3、响应供货商一旦参加本项目投标，即表明承诺接受了本次采购文件中的所有条件和规定。

4、采购文件仅作为本次采购使用。

5、本项目不接受联合投标。

**三、采购文件的组成**

1、报价函（格式见附件）

2、证明文件

**资格证明文件：**

（1）报价人企业法人营业执照副本复印件；

（2）报价人法定代表人授权委托书（法定代表人亲自参与报价的除外，格式见附件）；

（3）报价人法定代表人身份证复印件及法定代表人授权代表身份证复印件；

3、报价一览表（格式见附件）；

4、其它（报价人认为有必要提供的声明和文件，如有自拟并自行添加至报价函中）。

**四、报价文件的要求**

1、所有文件、往来函件均应使用简体中文（规格、型号辅助符号例外）。

2、报价文件由报价人按给定格式如实填写（编写），须加盖公章、法定代表人或法定代表人授权代表签字或盖章，方为有效，未尽事宜可自行补充。

3、如无特别说明，报价人报价一律以人民币为投标结算货币，结算单位为“元”。

4、报价文件格式部分，应由报价人按给定格式提供，不得更改。

5、报价文件应用不褪色的黑色/蓝色墨水书写或打印。

6、报价文件统一用A4纸，按照报价函格式中顺序制作递交。

7、投标文件份数为1份，密封存放于标袋中，需在标袋上注明投标名称。

8、报价文件不应有涂改、增删和潦草之处，如有必须修改时，修改处必须有公章、法定代表人或法定代表人授权代表的签字。

**五、保证金**

本项目不需保证金。

**六、确定成交供应商办法**

1、查验、启封报价响应文件，并审核报价人的代表资格。

2、宣读、记录各报价人《报价一览表》。

3、报价文件的审查

（1）报价一览表内容与明细表内容不一致的，以报价一览表为准。

（2）总价金额与按单价汇总金额不一致的，以单价金额计算结果为准。单价金额小数点有明显错位的，应以总价为准，并修改单价。

（3）大写金额与小写金额不一致的，以大写金额为准。

**七、确定成交供应商程序**

确定成交供应商工作具体事务由采购人组建的采购小组负责。

1、报价文件初审。初审分为资格性检查和符合性检查。

2、资格性检查。依据法律法规和采购文件的规定，对报价文件中的资格证明等进行审查，以确定报价供应商是否具备报价资格。

3、符合性检查。依据采购文件的规定，从报价文件的有效性、完整性和对采购文件的响应程度进行审查，以确定是否对采购文件的实质性要求作出响应。

4、澄清有关问题。对报价文件中含义不明确、同类问题表述不一致或者有明显文字和计算错误的内容，采购小组可以书面形式要求报价人作出必要的澄清、说明或者纠正。报价人的澄清、说明或者补正应当采用书面形式，由其授权的代表签字，并不得超出报价文件的范围或者改变报价文件的实质性内容。

5、成交方式

（1）本次采购为一次性报价，在满足同等服务质量的条件下，价低者为推荐合格供应商。

**（2）**推荐合格供应商中，若出现价格相同者，可进行第二次报价。

5.1、鉴于本项目低于湖北省政府集中采购目录标准限额，允许自主采购。若合格投标单位不足三家，按以下方式处理：

1. 若仅有两家单位满足要求，则继续执行最低评标价法。

2. 若仅有一家单位满足要求，在确认其投标文件合规无误后，与其进行价格谈判。

6、向成交的供应商发《成交通知书》。

**七、签订、履行合同**

采购人应当自成交通知书发出之日起3日内，按照采购文件和成交供应商的约定，与成交供应商签订书面合同。所签订的合同不得对采购文件和成交供应商投标报价文件作实质性修改。采购人不得向成交供应商提出任何不合理的要求，作为签订合同的条件，不得与成交供应商私下订立背离合同实质性内容的协议。

成交供应商方非因不可抗力未履行报、采购文件和合同规定的义务，一经查实根据具体情况作出相应处理。

附件：

表一 资格审查表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 审核内容 | 需提供的资料 |
| 1 | 拥有独立法人资格，持有有效营业执照； | 提供有效 “营业执照”。 |
| 2 | 投标单位应在省级财政部门完成登记备案； | 由供应商提供相应证明材料。 |
| 3 | 具备提供本项目所需服务的能力及相应资质证明； | 由供应商提供书面承诺或声明或相应证明材料。 |
| 4 | 供应商未被列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）失信被执行人、重大税收违法失信主体、政府采购严重违法失信行为记录名单。 | 投标人在获取采购文件的时间之后未被列入“信用中国”失信被执行人、重大税收违法失信主体、政府采购严重违法失信行为记录名单的网页打印件。 |

表二 符合性审查表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 评审内容 | 评审标准 |
| 1 | 按采购文件要求签署、盖章； | 按采购文件要求签署、盖章； |
| 2 | 按采购文件要求报价； | 按采购文件要求报价； |
| 3 | 评估完成期限符合采购文件要求； | 评估完成期限符合采购文件要求； |
| 4 | 响应文件未附有采购人不能接受条件； | 响应文件未附有采购人不能接受条件； |

**采购项目内容**

****一、项目详情****

1. **评估范围**：利川市老肯医疗服务有限公司所有的医疗设备、办公用品及装修（根据《智德益友价评字【ZD2024】第010号》中所评估的158项医疗设备、办公用品及装饰资产，详见附件清单）
2. **价格评估基准日：**2024年8月15日
3. **评估服务费（最高限价）：**3.15万（计算依据：《湖北省资产评估收费管理实施办法》）
4. **评估完成期限**：签订合同后30个工作日

****二、资质条件****

1、拥有独立法人资格，持有有效营业执照。

2、投标单位应在省级财政部门完成登记备案。

3、具备提供本项目所需服务的能力及相应资质证明。

4、供应商未被列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）失信被执行人、重大税收违法失信主体、政府采购严重违法失信行为记录名单。

****三、结算方式****

签订合同时约定

****四、技术服务要求****

1、对医疗设备、办公用品及装饰市场价值进行评估，并出具资产评估报告。

2、投标人应按时提供成果文件和相关资料，对于采购人提出的服务成果的质疑，投标人应给予及时的书面回复、整改，合理合法的满足采购人要求。

3、质量要求：合格（提供的评估报告真实、合法、有效）。

4、根据项目的特点和要求，拟定项目实施方案计划，包含但不限于以下内容：人员配备、审核程序、资料收集、信息反馈、沟通协调、完成时限等。

5、根据项目类型提出风险控制措施，根据项目实施过程中不可预见的情形提出风控措施，风险控制措施及风险控制方案应详细全面，分工明确，处理措施及时、有效，保障工作正常运行。

附 件：

**响**

**应**

**文**

**件**

采购项目名称： 医疗设备、办公用品及装饰市场价值评估机构遴选

响应单位：

2024年11月 日

**供应商参加遴选确认承诺函**

利川市民族中医院：

收到贵方的采购文件，经仔细阅读和研究，我们在此承诺：我方具备贵方对本项目要求的能力及资格要求，如因承诺不实而导致的后果我方自行承担。

我方决定参加此次 医疗设备、办公用品及装饰市场价值评估机构遴选项目的响应。

一、我们愿意按照采购文件的一切要求，提供本项目的响应资料及报价。

二、我们愿意提供利川市民族中医院在采购文件中要求的文件、资料。

三、报价函。

四、证明文件。

五、资格证明文件：

1、报价人有效期内企业法人营业执照副本复印件；

2、报价人法定代表人授权委托书（法定代表人亲自参与报价的除外）；

3、报价人法定代表人身份证复印件及法定代表人授权代表身份证复印件；

4、具有相关经营资质。

六、我们同意按采购文件中的规定，本采购文件报价的有效期限为开标之日起30天。

七、如果我们的采购文件被接受，我们将履行采购文件中规定的每一项要求，按期、按质、按量，完成交货任务。

八、我们认为你们有权决定成交供应商。

九、我方愿意遵守《中华人民共和国政府采购法》，并按《中华人民共和国民法典》、财政部《政府采购货物和服务招标投标管理办法》和合同条款履行自己的全部责任。在合同履行过程中，双方如有争议，同意由利川市民族中医院协调解决，并按相关法规和有关文件规定处理。

十、我们认可并遵守采购文件的所有规定，放弃对采购文件提出质疑的权利。

十一、我们在报价截止期后撤回报价及成交后拒绝遵守承诺或拒绝在规定的时间内与贵方签订合同，以及我方被确定为成交供应商，且无不可抗力，又未履行采购文件和合同条款的，一经查实，我方愿意赔偿由此而造成的一切损失，并同意接受由利川市民族中医院按相关法规和有关文件规定对我方处理。

报价人（盖章）：

法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或盖章：

电话： 传真：

通讯地址： 邮编：

**报价须知**

1、投标人按遴选采购文件要求进行报价。

2、本项目报价以人民币为投标结算货币，结算单位为“元”。

3、除采购须知规定的情形外，本次报价为一次性报价，请各投标人报价时慎重报价。

4、报价要求：投标人的报价应包含供应商履行项目所需的人工费用、税金等全部相关工作所有可能发生的费用，采购人不另行支付其他任何费用。

**供应商报价函**

**致：利川市民族中医院：**

我公司收到并已认真阅读了贵方发出的 医疗设备、办公用品及装饰市场价值评估机构遴选 项目采购文件，接受贵方“采购文件”提出的各项要求，自愿参与该项目报价。

报价人名称（盖章）：

|  |  |
| --- | --- |
| **报 价 表** | |
| **基础价** | 3.15万元 |
| **最终报价** |  |

**报价人授权代表签字或盖章：**

**日 期：**

附：

**法定代表人证明书**

现任我单位 职务，为法定代表人（负责人），

特此证明。

有效期限：

附：法定代表人（负责人）性别： 年龄： 身份证号码：

注册号码： 企业类型：

经营范围：

。

单位： （盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证件复印件 |

**法定代表人授权委托证明书**

兹授权 为我方委托代理人，其权限是：

有效期限：

附：代理人性别： 年龄： 身份证号码：

联系电话：

法定代表人（负责人）： （签名）

授权单位：（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 被授权代表身份证件复印件 |

**其他资料**

（内容自行拟定）

（1）遴选采购文件要求申请人提交的其它资料；

（2）申请人认为其他需提供的资料。