桐城市人民医院新院区ABS床头柜

采购及安装招标公告

现对桐城市人民医院新院区ABS床头柜采购及安装工程招标。

1. 招标条件
2. 项目名称:桐城市人民医院新院区ABS床头柜采购及安装工程
3. 招标人：安徽省桐城市人民医院
4. 资金来源：财政资金

二、**项目概况与招标范围**

1、项目实施地点：桐城市望溪路166号；

2、采购及安装内容：拟采购及安装ABS床头柜约1000个，具体数量根据医院需求供货。

3、采购供货、安装周期：签订合同之日起5个工作日内供货300个床头柜，以后按医院发出需求数量后，5个工作日供货；

4、采购及安装要求：ABS床头柜，尺寸：480\*480\*760mm；①床头柜整体由全新ABS材料注塑成型，外形美观大方（蓝色），坚固、耐退色、耐腐蚀、防潮防水、易清洁。

②床头柜左右两侧均配有隐藏工毛巾架；

③床头柜设有一抽、一储物柜、已可拉出式餐桌板；

④储物柜内设有一层隔板，可放热水瓶。

⑤提供ABS原材料检测报告；

⑥提供ABS床头柜检测报告；

⑦床头柜重量》10.5公斤；面板厚度》2.5mm**；**

**⑧投标人提供一面ABS床头柜面板样品。**

5、投标人自行踏勘现场，满足招标人使用要求。

**三、投标单位基本资质条件**

1、具有工商行政管理部门颁发营业执照的独立法人资格，能够立承组民事责任能力的生产厂家、代理商或经销商；

2、本项目**不接受**联合体投标。

**四、最高控价：**

桐城市人民医院新院区ABS床头柜采购及安装：**床头柜280元/个。**

**五、付款方式**

按医院需求总数提供的床头柜并安装，安装结束验收合格后，支付货款（数量\*单价）的100%，付款前中标单位先行支付合同价款的10%为质保金，质保期（1年）满后一次性支付全额质保金（不计息）。

**六、投标文件提交**

1、投标文件提交截止时间：2023年12月4日16点分（北京时间）；

2、地点：投标人应在投标文件提交截止时间前到桐城市人民医院综合采购办递交纸质投标文件；逾期送达的投标文件，将予以拒收；

3、投标文件份数：一份正本，二份副本；

4、投标文件格式见附件。

**七、确定中标单位**

1、投标单位满足基本资质条件，符合技术参数后，合理低价中标；

2、中标人确定后，桐城市人民医院发中标公示，公示期满后，招标人可向候选中标人发出中标通知书，签订合同。

**八、联系方式**

招标人：桐城市人民医院

地址：西大街22号

联系人：陈先生

电话： 0556-6197331

|  |
| --- |
| **说明：**位置位于医疗综合楼（3-14层）病房间，投标报价含运输费、安装费、税金、利润等为完成本次项目所发生的一切费用。 |

一、投标函

致: 安徽省桐城市人民医院

1、根据你单位拟定的招标公告，我单位愿以人民币(大写)\_ \_ 元(小写\_ \_元)的报价来承担该些项目竣工结算审计业务。（根据工程预算编制工程量清单）

2、一旦确定我单位为比选单位，我单位保证在施工单位提交齐结算审计资料后，我单位在60日历天的时间内完成该项目结算审计并出具最终审计报告。

3、我方承诺:我单位严格遵循公开、公平、公正和诚实信用的原则进行跟踪及结算审计，若发现我单位有弄虚作假、不据实审计等不良行为的将接受比选人和相关主管部门的任何处罚。

单位名称：

2023年月日

二、法定代表人身份证明书（原件）及法人二代居民身份证（复印件）

单位名称：

单位性质：

地址：

成立时间：年月日

经营期限：

姓名：性别：年龄：职务：

系（投标人单位名称）的法定代表人。

特此证明。

投标人：（盖单位公章）

日期：年月日

附：法人二代居民身份证(复印件)

三、授权委托书

我 (姓名)系(投标人名称)的法定代表人，现授权委托我单位 (姓名、职务)为我公司代理人。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)的投标文件、签订合同和处理投标过程中的有关事宜，其法律后果由我方承担。

代理人无转委托权。特此委托。

投标人：(盖单位公章)

法定代表人：(签字或盖章)

委托代理人：(签字或盖章)

日期：年月日

附：委托代理人身份证复印件

四、企业资质证书(复印件)；

五、企业法人营业执照(复印件)；

六、投标单位承诺书（原件）

我单位在参加投标项目活动中郑重承诺如下：

1、我方申报的所有资料都是真实、准确、完整的；

2、我方目前没有受到被国家、安徽省、安庆市及桐城市行政主管部门勒令停止市场行为的处罚，在桐城市没有不良记录；

3、若我方中标，将严格按照招标单位的时间要求，客观公正的完成工程建设项目的造价咨询服务；若我方违反上述承诺，提供虚假、不真实的造价咨询服务，被发现或被他人举报查实，无条件接受桐城市人民医院作出的列入“黑名单”的处罚。对造成的损失，任何法律和经济责任完全由我方负责。

投标人（盖单位公章）：

投标人的法定代表人（签字或盖章）：

年 月 日