衢州市第三医院四害防制服务项目

（二次询价）的询价文件

1. 项目内容

四害防制服务（二次询价）

二、项目时间

2022年5月30日至2023年5月29日

三、项目要求

1.有效控制四害造成的危害，常规服务5-10月，每月4次，其他月份每月2次，全年36次服务，特殊情况另行安排，确保12小时到达现场处理。

2.四害防制标准须达到国家病媒生物密度控制标准(GB/T 27770-2011 鼠类、GB/T 27771-2011 蚊虫、GB/T 27772-2011蝇类、GB/T 27773--2011蜚蠊)C级要求以及浙江省、衢州市卫生主管部门有关要求。

四、投标人须知

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 内  容 | 说明与要求 |
| 1 | 项目名称 | 衢州市第三医院四害防制服务（二次询价） |
| 2 | 采购单位 | 衢州市第三医院 |
| 3 | 项目时间 | 2022年5月30日-2023年5月29日 |
| 4 | 项目预算 | **最高限价35000元** |
| 5 | 投标截止时间及投标地点 | 时间：2022年5月26日17:00（北京时间）地点：衢州市第三医院 招投标管理办公室联系人：陈玲 联系电话：13567008157 |
| 6 | 开标地点 | 衢州市第三医院门诊楼六楼会议室。 |
| 7 | 签订合同 | 中标通知书发出后10日内 |
| 8 | 投标有效期 | 60天 |

五、商务要求

1.本项目**最高限价35000元**。询价文件报价应按询价文件中相关要求填写，并加盖公章后密封。

特别提示：开标前询价文件密封加盖公章后，可直接或以挂号信的方式送达，投标人无需到现场。

2.付款方式

每六个月支付一次，每次支付合同款的一半金额。

六、询价办法

1.参加询价供应商三家及以上可以开标。

2.符合第二章采购要求为基础，以报价最低的供应商为最终承接该项目的供应商。

3.采购方将根据本次询价的特点组建由三人组成的评标小组进行评标。

   衢州市第三医院

                   2022年5月24日

**附件**

1．法定代表人授权书

衢州市第三医院：

 （供应商全称）法定代表人授权 （全权代表姓名）为全权代表，参加贵方组织的 项目（项目编号：），并全权处理采购活动中的一切事宜。

法定代表人签字或盖章：

 供应商全称（公章）：

 日 期：

附：

授权代表人姓名： 性别：

职务： 职称：

详细通讯地址：

电话： 传真：

移动电话：

邮政编码：

2.开标一览表

**项目编号：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **项 目 名 称** | **备注** |
| **1** |  |  |
| **投标报价（元）** | **（小写）** |
| **（大写）** |

**注：**

1. 报价表中标明的价格在合同执行过程中是固定不变的，不得以任何理由予以变更。只允许有一个报价，任何有选择的报价将不予接受。投标人应根据项目要求进行报价。报价单中不得漏填项目。

2.如果投标人提出优惠条款，请在备注栏内注明。

3.此报价一览表中投标报价应与附件三“分项报价一览表”中“合计”相一致。

4.此表不得自行增减内容，不提供此表格将被视为没有明确相应采购文件,其投标文件将被拒绝。

投标人名称（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字）：

日期： 年 月 日

3.分项报价一览表

项目名称： 项目编号： 价格单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单位 | 报价 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

注：1. 合计应与附件二“开标一览表”中合计相一致。

2. 各项费用如已包含在产品价格中请注明“含”，若免费请注明“免”, 若没有请注明“无”。

3. 不提供分项报价一览表将视为没有明确相应采购文件。

4. 以上材料单价包含税费、安装费等相关费用。材料质量合格，提供相应有效期内的检测报告。

5．本表可在不改变格式的情况下根据具体需要自行增减。

投标人名称（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字）：

日期： 年 月 日