询价文件

**项目名称：盐城市第三人民医院病媒生物防治项目**

盐城市第三人民医院

2024年1月

第一章 询价公告

盐城市第三人民医院病媒生物防治项目经盐城市盐都区卫健委批准实施。根据盐城市盐都区卫健委都卫【2023】161号文件规定，就病媒生物防治项目进行询价，诚邀符合相关资格条件的投标人前来投标报价。

一、项目概况

1.1项目名称：盐城市第三人民医院病媒生物防治项目

1.2项目内容：详见附件

1.3预算金额：人民币24000元

1.4服务期限：1年

二、资金来源

项目资金来源：自筹。

三、报价人资格要求

3.1符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的各项条件；

3.2投标人是在中国境内注册的独立法人企业。

3.3投标人具有爱卫办备案的病媒生物防治备案书。

四、资格审定方式

本项目采用资格后审办法确定报价人。

五、报价方式

本项目采用固定总价报价。投标报价应包括投标人为完成招标文件所确定的招标范围内的全部服务工作内容所发生的一切费用。包括但不仅限于专用工具费、包装费、运杂费、服务费、药物费、税费等所有费用，结算时总价不做调整。

六、报价截止时间和地点

报价截止时间：2024年1月24日15时30分（北京时间）

报价文件送达地点：盐都区卫健委401室(盐城市盐都区新都路626号)

七、报价文件的密封与标志

报价文件的全部内容必须装入材料袋后密封，在封口处加盖法人和法定代表人印章，并在封袋上正确标明相应名称。本次报价文件正本一份，副本二份，电子版文件一份。

八、报价文件内容

8.1报价表；

8.2报价单位营业执照副本复印件；

8.3相关资质证明。

九、中标办法：最低价中标。

十、本项目不接受联合体投标。

十一、付款方式

每半年结算一次。

十二、联系方式

询价单位：盐城市第三人民医院

地 址 ：江苏省盐城市新都西路2号

项目联系人：张牧野 联系电话：18252213587

采购联系人：徐龙跃 联系电话：0515-81600117

第二章 投标须知

**一、投标资格**

1、投标人资质要求：

1.1投标人应符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的相关要求；

1.2投标人是在中国境内注册的独立法人企业。

1.3投标人具有爱卫办备案的病媒生物防治备案书。

**二、投标文件组成及要求**

1、资格证明材料：

1.1提供有效的企业营业执照副本复印件。

1.2提供爱卫办备案的病媒生物防治备案书。。

2.响应单位的法定代表人身份证复印件、授权委托人身份证复印件及授权委托书（见第四章）。

3.具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的书面声明（见第四章）。

4.参加采购活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（见第四章）。

5.报价表（见第四章）。

**以上资质材料为必备文件，且均需加盖公章。文件需包装密封，并在包装袋封面注明供应商名称（加盖公章）、联系人及电话。密封时在封口及相关部位加盖公章。正本一份，副本二份，电子版文件一份（文件正本加盖公章的PDF电子版存入U盘）**

**三、报价要求**

本项目采用固定总价报价。投标报价应包括投标人为完成招标文件所确定的招标范围内的全部服务工作内容所发生的一切费用。包括但不仅限于专用工具费、包装费、运杂费、服务费、药物费、税费等所有费用，结算时总价不做调整。

**四、付款方式**

每半年结算一次。

第三章 采购需求

**一、服务范围及服务期限**

1、北院新老病房楼各病区及科室、公共场所；门、急诊楼各科室、医技科室及公共场所；规培楼、行政办公室；供应楼，药剂楼及后勤仓库；食堂操作间、粗加工、洗碗间、仓库等。

2、南院病房楼各病区及科室、公共场所；门、急诊楼各科室、医技科室及公共场所；放疗楼等。

3、服务期限1年。

**二、服务要求**

（一）控制消杀方式：

坚持“标本兼治、治本为主以及科学、有效、简便、安全、环保”的原则。积极配合指导并配合院方开展环境综合治理，采用环境治理、生物、物理防制为主，化学防制为辅的综合性防制措施，防制设施和药物要安全、科学、合理、有效。

（二）技术要求

（1）消杀工作符合《江苏省防控病媒生物管理办法》，在盐城市第三人民医院南北院区域内建筑物内外环境开展固定式灭鼠毒饵站安装及维护、捕蝇笼安装及维护、灭蟑、鼠、公共环境消杀等工作。病媒生物预防控制达到《国家卫生城市标准（2014版）》要求。根据鼠、蚊、蝇、蟑的季节消长规律和特点，中标单位有效组织人员力量、除害灭杀药械，针对院区建筑物内外环境开展消杀服务工作，对服务区域内的环境卫生提供技术指导。对“四害”的种群、密度、消长进行定期监测工作。在加强日常消杀、日常管理工作的同时，对高峰季节、重点区域采取各类强化防制措施，把防制对象的种群密度常年控制在国家规定的标准范围以内。消杀频次要求：每年5-10月份每月消杀2次，其它月份每月消杀1次。

（2）做好医院的蚊、蝇、蟑螂、鼠害防治、资料收集、整理、总结、上报等工作。认真填写现场消杀服务记录，并报后勤保障处相关人员签字确认。在常规控制消杀的基础上， 每两周巡查一次，特殊科室每周巡查一次（特殊科室：人工肾、机房、妇产科、儿科、食堂、消毒供应中心等），巡查记录每季度整理报送南北院总务科。同时承担突发公共卫生事件的应急消杀和控制工作（重大公共卫生事件除外）。

（3）考虑到消杀服务的及时和有效性，人员配备上须满足承包区域内的消杀任务要求，必须设有固定办公场所，配备相应的消杀设备，并有专人负责对现场消杀人员的日常管理和考核。

（4）中标单位要根据实际切实制订实施方案、工作计划和具体措施，完善突发公共卫生事件消杀应急预案，妥善安排好日常消杀工作，将日常消杀工作安排表报送招标人。中标单位不得转包、分包和与他人合包。

（三）药物要求：按照防治原则，提供药械证书和合格证，禁止使用敌敌畏、毒鼠强等国家明令禁止的“三无”和违禁杀虫剂、灭鼠剂及器械，所用药物和器械应符合《中华人民共和国农药管理条例（修订）》以及国家和省、市相关法律规章的规定。

（四）服务响应时间：接到医院电话通知2小时内赶到现场处理。

**三、质量控制要求**

消杀标靶害虫：“鼠、蟑、蚊、蝇”四害。

1、鼠类控制水平：

（1）外环境鼠密度路径指数≤5；（路径指数是指累计检查 1000 米路径所发现的鼠和鼠迹的处数）

（2）[鼠夹法]鼠密度或[粉迹法]鼠密度≤1%。

2、蚊类控制水平：

（1）小型积水蚊虫密度路径指数≤0.8，大中型水体采样勺指数≤5%，平均每阳性勺蚊幼及蛹少于 8 只；（路径指数是指累计检查 1000 米路径所发现的蚊幼虫阳性积水处数）

（2）外环境停落指数≤1.5。（停落指数是指在半小时内测试人腿上的蚊虫停落数）

3、蝇类控制水平:

（1）外环境蝇孳生地幼虫及蛹的阳性检测率≤5%。

（2）目测法：蝇类孳生场所每处蝇不超过 3 只。

4、蟑类控制水平：

（1）蜚蠊成若虫侵害率≤5%，平均每阳性间（处）成若虫数小蠊≤10 只，大蠊≤5 只；

（2）蜚蠊卵鞘查获率≤3%，平均每阳性间（处）卵鞘≤8 只；

（3）蟑迹查获率≤7%。

第四章 投标文件的组成及格式

询价采购投标文件（正本或副本）

**项目名称：**

 **法定代表人或授权代表签名：**

 **投标人单位全称（盖章）：**

**年 月 日**

**一、报价一览表**

**报价单**

**盐城市第三人民医院：**

本公司（单位）已详细阅读了盐城市第三人民医院病媒生物防治项目的询价文件，并已完全明白询价文件的所有条款要求，响应情况如下：

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 名 称 | 盐城市第三人民医院病媒生物防治项目 |
| 相关要求 | 完全满足采购需求中的内容 |
| 服务期限 | 1年 |
| 项目投标总价：（大写） ，小写：  |

注：1.本项目采用固定总价报价。投标报价应包括投标人为完成招标文件所确定的招标范围内的全部服务工作内容所发生的一切费用。包括但不仅限于专用工具费、包装费、运杂费、服务费、药物费、税费等所有费用，结算时总价不做调整。

2．我方承诺投标文件中的一切资料、数据是真实的，并承担由此引起的一切责任。

3．我方同意按照贵方可能提出的要求而提供与投标有关的任何其他数据或信息。

4．我方如果中标，将保证履行询价文件以及询价文件修改书(如有)中的全部责任和义务。

投标单位（公章）：

授权代表（签名或盖章）：

年 月 日

**二、授权委托书格式**

**授 权 委 托 书**

致：盐城市第三人民医院

兹授权 （被授权人的姓名）代表我公司参加（招标项目名称)项目的投标活动，全权处理一切与该项目投标有关的事务。其在办理上述事宜过程中所签署的所有文件我公司均予以承认，我公司对被授权人签名的所有文件负全部责任。

被授权人无转委托权。特此委托。

 法定代表人（签字）：

 单位公章：

 日期： 年 月 日

被授权人（签字）：

职务：

电话：

**三、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的书面声明（格式）**

我公司郑重声明：我公司具备履行本项合同所必需的设备和专业技术能力，为履行本项合同我公司具备如下主要设备和主要专业技术能力：

主要设备有： 。

主要专业技术能力有： 。

投标单位（公章）：

 日期： 年 月 日

**四、参加采购活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明**

 **声 明**

我公司郑重声明：参加本次采购活动前 3 年内，我公司在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。若与真实情况不符，本公司愿意承担由此而产生的一切后果。

 授权代表（签字）：

 单位公章：

 日期： 年 月 日