**扬州市第二人民医OA平台建设项目采购竞争性磋商公告**

**一、采购项目名称**

项目名称：扬州市第二人民医院OA平台建设项目

**二、采购项目简要说明**

（一）项目概况：本次所采服务用于扬州市第二人民医院OA办公系统建设及服务，需相匹配的对应资源和售后服务；

（二）采购预算：10万元，本项目设定最高限价10万元；最后报价超过最高限价的做无效响应处理；

（三）服务期限：1年（自验收合格之日起计算）。

（四）采购方式：竞争性磋商

（五）采购文件获取方式：

如供应商确定参加投标，请如实填写《供应商参加磋商响应函》并于上述规定时间内将法人授权委托书原件及受托人身份证复印件、《供应商参加磋商确认函》加盖公章原件扫描压缩发送至邮箱（444797404@qq.com，请标注单位、项目名称）获取招标文件

（六）投标报价：

1、本报价应包括完成本项目中招标人所确定的委托内容的全部内容所需要的一切费用，所有根据合同或其它原因应由中标人支付的税金和其它应缴纳的费用都要包括在合同金额中。

2、投标人必须按照招标文件要求做出完整的报价，漏报少报的费用，视为此项费用已包含在总报价费率中。

（七）付款方式：合同签订后15个工作日内，支付合同总价的30%；项目验收合格之日起15个工作日内，支付合同总价的60%；质保期满一年后15日内，支付剩余款项。

**三、供应商资格要求**

*（一）供应商应符合相关规定并提供下列规定的资料：*

*1、响应函（原件）；*

*2、资格声明(原件)；*

*3、若法定代表人参加投标的，须提供本人身份证复印件(原件备查)；若授权代表参加投标的，须提供《法人授权书》原件和授权代表身份证复印件(原件备查)；*

*4、营业执照副本(复印件加盖投标人公章)；*

*5、投标人参加本次采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(原件)；*

*6、供应商未被“信用中国网站”“中国政府采购网”列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单(提供网页截图加盖投标人公章)。*

*（二）采购人根据本项目要求规定的特定条件：*

*注：响应文件的正本和副本中均须提供资格证明文件的复印件。响应文件中所有要求提供资格证明文件原件的，不需要单独封装，在封袋上注明“资格证明文件原件”和响应文件一同递交。资格证明文件须清晰可辨，若有缺失或不清晰，将导致投标被拒绝且不允许在开标后补正。*

*（三）拒绝下述供应商参加本次采购活动：*

*1、供应商单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动；*

*2、凡为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该项目的其他采购活动；*

*（四）集中考察或召开答疑会：无。*

*（五）本项目不接受联合体投标。*

**五、响应文件提交**

响应文件截止时间：**2024年10月 17 日14：00**（北京时间）

响应文件接受地点：扬州市第二人民医院门诊楼三楼信息科（邗江区上方寺路50号）

**六、启动时间**

时间：**2024年10月 17日14：30**（北京时间）

地点：扬州市第二人民医院门诊楼三楼医美会议室（邗江区上方寺路50号）

**六、现场确认材质时间**

时间：**2024年10月 17日14：30**（北京时间）

**七、本次磋商响应文件制作份数要求**

响应文件份数：一式二份(一份正本，一份副本)，每份响应文件须清楚标明“正本”或“副本”，一旦正本与副本不符，以正本为准。响应文件格式：（**详见附件一）**

**八、本次采购联系事项**

采购人：扬州市第二人民医院

地址：扬州市邗江区上方寺路50号

联系人：朱女士

联系电话：0514-89710266

邮箱：444797404@qq.com

附件一：（响应文件格式）

**扬州市第二人民医院**

**响 应 文 件**

**项目名称：**

**供应商名称（盖章）：**

**联系人：**

**联系电话：**

**一、响应函（格式）**

## 响应函

响应函

 ：

我方参加贵单位组织的 采购活动，并对 进行报价。

1. 按照谈判文件规定递交投标文件
2. 我方已完全理解谈判文件的全部内容，自愿接受并执行谈判文件的全部条款。
3. 本报价文件有效期自谈判之日起 180 日内有效。
4. 我方在参与报价前已仔细研究了谈判文件和所有相关资料，同意谈判文件的相关条款。
5. 我方声明报价文件及所提供的一切资料和承诺均真实有效。由于我方提供资料不实而造成的责任和后果由我方承担。我方同意按照贵单位要求，提供与谈判有关数据或信息。我方承诺完全按照报价书有关内容履约。
6. 我方承诺自愿遵守、执行军队采购管理法规制度及政策规定。
7. 联系方式

联 系 人： 电话： 传真：

地 址：

邮政编码：

开户名称：

开户银行：

银行账号：

 报价供应商全称：

 法定代表人（或授权代表）：

 年 月 日

**二、资格声明（格式）**

资格声明

 （采购人）：

我公司（单位）参加本次项目（ ）采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录，我公司（单位）愿针对本次项目（ ）进行报价，响应文件中所有关于报价资格的文件、证明、陈述均是真实的、准确的。如有虚假，自愿丧失中标资格。

 供应商（盖章）：

 法定代表人（签字或盖章）：

 日期： 年 月 日

**三、法定代表人授权书(格式)**

授 权 委 托 书

致扬州市第二人民医院：

本人 （法定代表人） 系 （公司名称） 公司的法定代表人，现授权我公司 （代理人） 为代理人，代表本公司办理与贵院 事宜。

授权期限： 年 月 日至 年 月 日。

代理人无转委托权。

特此授权。

公司名称（公章）：

 法定代表人签字：

 委托日期： 年 月 日

**附：法定代表人、被授权人身份证**

**四、营业执照副本(复印件加盖供应商公章)**

**五、供应商参加本次采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(原件)**

**声 明**

我公司郑重声明：参加本次政府采购活动前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。

供应商名称(公章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人签章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

**六、供应商未被“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)、“中国政府采购网”(www.ccgp.gov.cn)列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单(提供网页截图加盖供应商公章)**

**七、投标人认为有必要提供的其他资料**

**八、报价一览表（格式）**

明细报价表

项目名称： 金额单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 计量单位 | 数量 | 单价（含税） | 金额（含税） | 交货时间 | 交货方式 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 报价总价（人民币大写）： （小写）¥： |

报价供应商全称：（盖章）

法定代表人（或授权代表）：（签字或盖章）

 年 月 日