项目编号：JGXZYYY-2021-21-XMB

剑阁县中医医院医疗诊治能力提升项目净化区域深化设计采购项目

**竞**

**争**

**性**

**谈**

**判**

**文**

**件**

采购人：剑阁县中医医院

2021年08月

**第一章 谈判公告**

各潜在供应商：

我院拟对剑阁县中医医院医疗诊治能力提升项目净化区域深化设计采购项目进行挂网竞争性谈判采购，兹邀请符合采购要求的供应商参加。

**一、项目编号：**JGXZYYY-2021-21-XMB

**二、项目名称：**剑阁县中医医院医疗诊治能力提升项目净化区域深化设计采购项目

**三、项目预算：**15万元

**四、资金来源：**医院自筹资金，已落实。

**五、供应商参加本次采购活动应具备下列条件**

**（一）《政府采购法》第二十二条：**

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

4.具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5.参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6.法律、行政法规规定的其他条件；

**（二）采购项目要求的特殊资格性条件：**

具有中华人民共和国住房和城乡建设部颁发的建筑行业（建筑工程）乙级及以上资质。

**六、谈判文件发售（报名）时间、地点：**

本次谈判文件由供应商自行在本公告附件中下载，不单独发售谈判文件，不设报名程序。

**七：响应文件递交截止时间和竞争性谈判开始时间：**

2021年8月18日16:00（北京时间）。响应文件必须在响应文件递交截止时间前15分钟内送达至谈判地点。逾期送达的响应文件恕不接收。本次谈判不接受邮寄的响应文件。

**八、谈判地点**：剑阁县中医医院普安院区行政楼二楼会议室。

**九、本谈判邀请在剑阁县中医医院官网（http://www.jgxzy.com/）上以公告形式发布。**

**十、联系方式：**

采 购 人：剑阁县中医医院

地   址：剑阁县普安镇闻溪路6号

联 系 人：王女士 梁先生

联系电话：0839-6604798

监督电话：0839-6623824（院廉勤委）

剑阁县中医医院

   2021年8月12日

**▲特别提醒▲：凡参与本项目现场谈判人员在本公告发布之日起14天内有中高风险地区旅居史的，不得作为授权代表参加本项目谈判活动；参加本项目谈判授权代表应遵守疫情防控要求，佩戴口罩并提供采购活动开始前48小时内核酸检测为阴性的报告，积极配合现场工作人员的疫情防控工作。**

**第二章 谈判申请人须知**

### 谈判申请人须知附表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 条款号 | 条 款 名 称 | 编 列 内 容 |
| 2.1 | 谈判人 | 名 称：剑阁县中医医院  地 址：剑阁县普安镇闻溪路6号  联 系 人：王女士 梁先生  电 话：0839-6604798 |
| 2.2 | 项目名称 | 剑阁县中医医院医疗诊治能力提升项目净化区域深化设计采购项目 |
| 2.3 | 资金来源 | 医院自筹资金 |
| 2.4 | 最高限价和预算价格 | 15万元（超过最高限价的报价无效） |
| 2.5 | 计划工期 | 工期：30 日历天。 |
| 2.6 | 小微企业（监狱企业、残疾人福利性单位视同小微企业）价格扣除 | 1.根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，对小型和微型企业产品的价格给予10%的价格扣除，用扣除后的价格参与评审。  2.参加政府采购活动的中小企业应当提供《中小企业声明函》原件。监狱企业应当提供《监狱企业证明》原件。残疾人福利性单位应当提供《残疾人福利性单位声明函》原件。 |
| 2.7 | 低于成本价不正当竞争预防措施（实质性要求） | 1. 在评标过程中，投标人报价低于采购预算50%或者低于其他有效投标人报价算术平均价40%，有可能影响产品质量或者不能诚信履约的，评标委员会应当要求其在评标现场合理的时间内提供成本构成书面说明，并提交相关证明材料。 2. 供应商书面说明应当按照国家财务会计制度的规定要求，逐项就供应商提供的货物、工程和服务的主营业务成本（应根据供应商企业类型予以区别）、税金及附加、销售费用、管理费用、财务费用等成本构成事项详细陈述。 3. 供应商书面说明应当签字确认或者加盖公章，否则无效。书面说明的签字确认，供应商为法人的，由其法定代表人或者代理人签字确认；供应商为其他组织的，由其主要负责人或者代理人签字确认；供应商为自然人的，由其本人或者代理人签字确认。   4.供应商提供书面说明后，评标委员会应当结合采购项目采购需求、专业实际情况、供应商财务状况报告、与其他供应商比较情况等就供应商书面说明进行审查评价。供应商拒绝或者变相拒绝提供有效书面说明或者书面说明不能证明其报价合理性的，评标委员会应当将其投标文件作为无效处理。 |
| 2.8 | 限制谈判申请的情形 | 谈判申请人不得存在下列情形之一：  （1）被有关行政主管部门行政处罚的企业和个人；  （2）近半年内在所有合同履行过程中被监督部门行政处罚的；  （3）近3年内在合同履行过程中有腐败行为并被司法机关认定为犯罪的； |
| 2.9 | 谈判响应文件制作要求 | 提供谈判响应文件叁本（一正两副），一律用A4纸（图、表及证件除外）编制和复制。投标文件应采用粘贴方式左侧装订，不得采用活页夹等可随时拆换的方式装订，不得有零散页。 |
| 2.10 | 履约保证金 | 无 |
| 2.11 | 谈判时间和地点 | 见公告 |
| 2.12 | 评审办法 | 见第三章 |
| 2.13 | 确定中标候选人 | 通过响应性评审、符合性资格评审标准且报价最低者为中标候选人。现场发放二轮报价函。 |
| 2.14 | 服务费用支付 | 设计单位提交审核合格的设计成果后的7个工作日内支付总服务费的60%，剩余40%待手术室竣工验收合格后的30个工作日内一次性支付。 |
| 2.15 | 服务要求 | 1. 本次深化设计服务费用含手术室、待产室、病理科的深化设计及   后期的配合服务。2、设计图纸必须满足现行国家标准及规范。3、医院手术区、待产区、病理科的深化设计服务，建筑面积约1800平方米。 |
| 2.16 | 项目咨询 | 凡自愿了解项目情况的在工作日期间携带公司授权委托书到剑阁县中医医院项目办了解。 |
| 2.17 | 备注 | 无 |

# 第三章 评审办法

1. 评审办法附表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **审查因素** | **评审标准** |
| 符合性资格评审标准 | 营业执照 | 具备有效的营业执照、组织机构代码证 |
| 法定代表人资格证明 | 符合要求 |
| 授权委托人资格证明 | 符合要求 |
| 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度 | 符合要求（提供承诺函，格式自拟） |
| 具有履行合同所必须的设备和专业技术能力 | 符合要求（提供承诺函，格式自拟） |
| 具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录 | 符合要求（提供承诺函，格式自拟） |
| 参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录 | 符合要求（提供承诺函，格式自拟） |
|  |  |
| 响应性评审标准 | 服务内容、质量 | 符合要求 |
| 密封形式 | 文件装订成册；档案袋开口处密封并加盖密封鲜章； |

2.评审程序

2.1评审小组对谈判申请人（供应商）进行资格及响应性审查，有一项不符合标准的作为不通过处理。

2.2资格评审标准：见评审办法附表

2.3响应性评审标准：见评审办法附表

3.评定办法

# 谈判申请人根据最高限价下浮自主报价。评审组根据申请人报价最低者确定为中标候选人，采用二轮报价，现场发放第二轮报价表，若有效投标人第二轮最低报价相同时，采取抽签方式确定中标候选供应商。

1. **采购项目技术、服务及其商务要求**

**一、项目简介**

1.项目名称:剑阁县中医医院医疗诊治能力提升项目净化区域深化设计采购项目。

2．本次采购项目最高限价:15万元。

**二、服务要求**

1、总体要求

1、本次深化设计服务费用含手术室、待产室、病理科的深化设计及后期的配合服务。2、设计图纸必须满足现行国家标准及规范。

**三、商务要求**

1、项目履行过程中，成交供应商因弄虚作假、徇私舞弊及滥用职权造成损失以及发生其他重大过失、违约等情况的，应当赔偿全部经济损失，并依法追究其相关责任。经济损失由采购人或第三方发起赔偿要求的，成交供应商为第一赔偿责任人。

2、工期30日历天完成所有服务工作。确因特殊情况不能按时完成的，在获得采购人的书面确认后可适当延长工期。

3、提供2018年至至今的医院手术室净化工程设计业绩不少于2个（需提供合同复印件、中标通知书复印件，加盖鲜章）。

4、负责本项目的主要人员（项目负责人、技术负责人和其他主要人员）应是投标人本单位人员，提供最近一年的社保缴费证明。

**第五章 谈判响应文件格式**

一、 本章所制谈判响应文件格式，除格式中明确将该格式作为实质性要求的，一律不具有强制性。

二、 本章所制谈判响应文件格式中需要填写的相关内容事项，可能会与本采购项目无关，在不改变谈判响应文件原义、不影响本项目采购需求的情况下，响应人可以不予填写，但应当注明。

三、 响应人应按准备谈判响应文件正本1份、副本2份。谈判响应文件的正本和副本应在其封面右上角清楚地标明“正本”或“副本”字样。若正本和副本有不一致的内容，以正本书面谈判响应文件为准。响应文件封面上应标明：项目名称、项目编号、报价供应商名称、联系人、联系方式、年月日。（**实质性要求**）

四、 谈判响应文件的正本和副本均需打印或用不褪色、不变质的墨水书写，并由响应人的法定代表人或其授权代表在规定签章处签字或盖章。

五、 谈判响应文件的打印和书写应清楚工整，任何行间插字、涂改或增删，必须由响应人的法定代表人或其授权代表签字或盖个人印鉴。

六、 谈判响应文件正本和副本应当采取胶装方式装订成册，需用文件袋密封，不得散装或者合页装订，正副本内容页均需加盖鲜章（**实质性要求**）。

七、 谈判响应文件应根据招标文件的要求制作，签署、盖章和内容应完整。

八、 谈判响应文件统一用A4幅面纸印制，逐页编码。

项目编号：JGXZYYY-2021-21-XMB

剑阁县中医医院医疗诊治能力提升

项目净化区域深化设计采购项目

竞争性谈判

响应文件

谈判供应商： （单位盖章）

联系人：

联系方式：

年 月 日

### 一、营业执照

### 二、中华人民共和国住房和城乡建设部颁发的建筑行业（建筑工程）乙级及以上资质

**三、法定代表人身份证明**

谈判供应商名称：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 系 （谈判供应商名称）的法定代表人（职务： 电话： ）。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

供应商名称： （单位盖章）

日 期： 年 月 日

**四、授权委托书**

本人 （姓名）系 （谈判供应商名称）的法定代表人，现委托本单位人员 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义接洽、签署、商谈、递交剑阁县中医医院医疗诊治能力提升项目净化区域深化设计采购项目谈判申请书、报价函、签订合同和处理有关事宜（向有关行政监督部门投诉另行授权），其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：授权委托人身份证复印件

供应商名称： （单位盖章）

法定代表人： （签字）

委托代理人： （签字）

联系电话： （固定电话） （移动电话）

日 期： 年 月 日

**五、承诺函**

剑阁县中医医院：

我公司作为本次采购项目的供应商，根据谈判文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）根据采购项目提出的特殊条件。

二、完全接受和满足本项目谈判文件中规定的实质性要求，如对谈判文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对谈判文件有异议的同时又参加谈判以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、在参加本次采购活动中，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他供应商参与同一合同项下的政府采购活动的行为。

四、在参加本次采购活动中，不存在和其他供应商在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、如果有《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）规定的记入诚信档案的失信行为，将在响应文件中全面如实反映。

六、响应文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

七、如本项目谈判采购过程中需要提供样品，则我公司提供的样品即为成交后将要提供的成交产品，我公司对提供样品的性能和质量负责，因样品存在缺陷或者不符合谈判文件要求导致未能成交的，我公司愿意承担相应不利后果。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交的法律责任。

特此声明

供应商名称： （盖章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

日 期: 年 月 日

**六、供应商基本情况表**

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 联系方式 | 联系人 |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 传真 |  | | | | | 网址 | | |  | |
| 组织结构 |  | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 技术负责人 | 姓名 | |  | 技术职称 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 成立时间 |  | | | 员工总人数： | | | | | | | |
| 企业资质等级 |  | | | 其中 | | 项目经理 | | |  | | |
| 营业执照号 |  | | | 高级职称人员 | | |  | | |
| 注册资金 |  | | | 中级职称人员 | | |  | | |
| 开户银行 |  | | | 初级职称人员 | | |  | | |
| 账号 |  | | | 技工 | | |  | | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

### 七、响应人其他资格证明材料

### （自行拟定）

**八、商务应答表**

项目编号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件要求 | 响应文件响应 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：供应商必须根据谈判文件要求据实逐条填写，不得虚假响应，虚假响应的， 其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

### 九、谈判报价函

**(第一轮)**

致：剑阁县中医医院(谈判人)

1、我单位全面研究了剑阁县中医医院医疗诊治能力提升项目净化区域深化设计采购项目的谈判文件及谈判补充文件(如有时)，我们将遵照谈判文件的要求，承担相应服务的全部工作。

2.我方自愿按照谈判文件规定的各项要求向采购人提供服务，总报价为人民币

万元，（大写： ）。

3、现递交我单位谈判申请书 三 套。

4、我们愿意按谈判人要求的工期内完成服务工作，严格遵守本承诺。

5、我单位同意按谈判人提供的格式合同范本签订服务合同。

6、我单位此次参加谈判的全部费用由我方自行承担。

7.本次谈判，我方递交的响应文件有效期为谈判文件规定谈判之日起 90 天。

供应商名称： （单位盖章）

法定代表人或委托代理人： （签字）

供应商名称地址：

供应商名称电话：

日 期： 年 月 日