JDFYCG-2024007

**扬州市江都妇幼保健院出生缺陷服务项目询价文件**

****

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏屸川全项目管理有限公司

发放日期：2024年6月21日

目 录

一、询价公告

二、投标人须知前附表

三、报价一览表

四、附件

**JDFYCG-2024007扬州市江都妇幼保健院出生缺陷服务项目询价公告**

**项目编号：JDFYCG-2024007**

江苏屸川全项目管理有限公司受扬州市江都妇幼保健院委托需采购出生缺陷服务项目，现欢迎符合相关条件的供应商参加。

**（一）项目采购要求：**

投标人要求：投标人须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的条件；

投标人在投标报价时，请提供标书**正本1份/副本2份**，内含以下内容：

1、报价一览表（原件）；

2、营业执照（复印件加盖投标人公章）；

3、投标单位需要提供医疗机构执业许可证，且诊疗科目必须有群体保健科（复印件加盖投标人公章）；

4、若法定代表人参加投标的，须提供本人身份证复印件(复印件加盖投标人公章)；若授权代表参加的，须提供有效的《授权委托书》（复印件加盖投标人公章）

5、授权代表身份证（原件及复印件加盖投标人公章）；

6、投标人所提供服务满足采购人需求的证明文件（人员配备一览表及相关证书、设施配备一览表等相关证明材料）（复印件加盖投标人公章）；

7、承诺书（格式详见附件3，加盖公章）；

8、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（格式详见附件4，加盖公章）；

9、供应商廉洁自律承诺书（格式详见附件5，加盖公章）。

**注：以上所需原件资料在开标时均须提供原件，如不能提供原件，将导致投标被拒绝且不允许在开标后补正。标书内容不全或不能满足采购要求的作无效报价文件。**

**（二）投标保证金：人民币肆仟元整。**

（1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以现金的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。

（2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。

**（三）供应商参加投标确认函（格式详见附件6）**

如供应商确定参加投标，请如实填写参与投标确认函，并于2024年6月25日下午5:00前将投标确认函原件的扫描件发送至代理机构指定电子邮箱（联系电话0514-86663195，邮箱jshcqxm2022@163.com ），同时需与采购代理机构经办人确认是否收到《供应商参加投标确认函》，否则将自行承担所产生的风险。未提交确认函者、超过时限者不得前来投标**（开标时投标确认函原件须随投标文件一起递交，否则投标文件可能被拒收）**，确认函内容不全者后果自负。

（四）请在规定时间内一次性报出不得更改的价格。本项目投标最高限价**20万元**，投标报价高于最高限价的为无效报价。（清单及技术参数详见附件）

（五）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。

3、供应商被“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。

（六）集中考察或召开答疑会：无

（七）本项目不接受联合体投标

（八）本项目不接受进口产品投标

（九）服务期限：一年（自合同签订之日起计）

（十）付款方式：甲方对出生缺陷服务费采取包干制结算形式，每季支付一次。

（十一）开标相关信息：

**投标文件(正本1份/副本2份)请于投标截止时间前密封盖章送至投标文件接收地点，逾期将不予接收。**

投标文件开始接收时间：2024年6月26日下午14:00(北京时间)

投标文件接受截止时间：2024年6月26日下午14:30(北京时间)

投标文件接收地点：江苏屸川全项目管理有限公司（江都区阳光花苑南区（西门）综合楼二楼开标室）

开标时间：2024年6月26日下午14:30(北京时间)

（十二）本公告期限：自询价公告在“扬州市江都妇幼保健院”网站发布之日起3个工作日。

本次项目的最终结果，将在网站上公示三天，如参加公司对最终结果有异议，请以书面形式向我单位进行申诉。

采购人：扬州市江都妇幼保健院 采购代理机构：江苏屸川全项目管理有限公司

采购人联系人：巫先生 13625208088 采购代理机构联系人：汤先生 0514-86663195

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏屸川全项目管理有限公司

2024年6月21日

**二、投标人须知前附表**

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 内容 |
| 1 | 项目名称：扬州市江都妇幼保健院出生缺陷服务项目  项目编号：JDFYCG-2024007  采购人：扬州市江都妇幼保健院  采购方式：询价 |
| 2 | 供应商资格要求：   1. 投标供应商须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定； 2. 投标单位需要提供医疗机构执业许可证，且诊疗科目必须有群体保健科；   3、本项目不接受联合体投标；  4、本项目不接受进口产品投标。 |
| 3 | 投标文件开始接收时间：2024年6月26日下午14:00(北京时间)  投标文件接受截止时间：2024年6月26日下午14:30(北京时间)  开标时间：2024年6月26日下午14:30(北京时间)  投标文件递交地点：江苏屸川全项目管理有限公司二楼开标室  投标文件递交地址：江都区阳光花苑南区（西门）综合楼二楼开标室  投标文件份数：**正本1份/副本2份**  采购人：巫先生，联系方式：13625208088，采购代理机构：汤先生，联系方式：0514-86663195 |
| 4 | **投标保证金：人民币肆仟元整。**  （1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以现金的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。  （2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。 |
| 5 | 评标办法：最低评标价法。 |
| 6 | 费用的解释：  1、投标供应商应自行承担所有与参加本次询价有关的费用。不论询价的结果如何，采购代理机构和采购人在任何情况下均无义务和责任承担这些费用。  2、本项目询价文件投标供应商须缴纳资料费300元/份，开标时现金支付，不退还。  3、招标代理费  本次采购由中标人在领取中标通知书前参考计价格[2002]1980号文件收费标准，一次性支付给招标代理机构代理服务费。  （1）招标代理费支付方式：招标代理费一次性以电汇、转账、现金等形式支付；  （2）招标代理费包含在投标总价中，但不在投标总价中单列，由成交供应商在领取成交通知书前，向招标代理机构一次性付清。 |

**报价一览表**

致：扬州市江都妇幼保健院

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标包号 | 采购项目 | 工作内容及要求 | 数量 | 单位 | 合价（元） | 备注 |
| 1 | 出生缺陷服务项目 | 详见附件 | 1 | 项 |  |  |
| 合计报价：人民币（大写）： ¥（小写）： | | | | | | |
| 服务期限：一年（自合同签订之日起计）。 | | | | | | |
| 备注：  1、符合招标公告要求的生产厂商或经销商，按公告要求提供证明材料原件。  2、投标报价应为完成本次采购与之相关所需的全部费用，包括但不限于：人员工资-投入设备-运输-保险-损耗维修-售后服务-税金等所有费用。  3、投标人所供服务须符合国家及采购人相应的有关标准、规范和要求。 | | | | | | |

供应商名称（公章）： 报价联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **人员配备一览表** | | | | | | | | |
| **序号** | **人员** | **人数** | **基本要求** | **姓名** | **年龄** | **性别** | **相关证书** | **备注** |
| 1 | 标本收集人员 | 1 | 性别：女；年龄：小于50周岁；大专及以上学历；品行端正 |  |  |  |  |  |
| 2 | 医务人员 | 1 | 性别：女；年龄：小于45周岁；本科学历；熟悉医疗知识，并持有相关资质证书（医师执业证书或护士职业证书）且注册在所投标单位内 |  |  |  |  |  |

**注：表后须附人员身份证、相关证书等证明材料复印件加盖投标人公章。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设施配备一览表** | | | | | |
| **序号** | **设施设备** | **数量** | **基本要求** | **规格型号** | **备注** |
| 1 | 冷链设备 | 1 | 确保样本运输、存放安全 |  |  |
| 2 | 日常办公设备 | 1 | 电脑、打印机、扫描枪等，保证日常工作需要 |  |  |

**附件1:**

**出生缺陷服务项目工作内容及要求**

（一）、标本收集人员工作内容：

1. 城区医院（江都妇幼保健院、江都人民医院、扬州洪泉医院）每日血清学产前筛查标本的收集、送至指定地点，并录入基础信息及筛查结果至省妇幼平台，阳性结果告知单位负责人；
2. 城区医院（江都妇幼保健院、江都人民医院、扬州洪泉医院）每三日新生儿遗传代谢病筛查的血片标本收集、送至指定地点，并录入基础信息及筛查结果至省妇幼平台，阳性结果告知单位负责人；
3. 婚检中心血样标本每日两次（中午11:30、下午5:30）送至江都妇幼检验科；
4. 各乡镇医疗机构每周两次血清学产前筛查标本、新生儿遗传代谢病筛查的血片标本（滨江人民医院、小纪中心卫生院、扬州友好医院）收集、送至指定地点，并录入基础信息及筛查结果至省妇幼平台，阳性结果告知单位负责人；
5. 全区无创DNA筛查结果录入至省妇幼平台；
6. 全区每月羊水穿刺人员信息统计。

（二）、医务人员工作内容：

1. 滨江人民医院、小纪中心卫生院每月四次新生儿听力筛查，并录入筛查结果至省妇幼平台；
2. 产前筛查、新生儿疾病筛查阳性结果电话回访；
3. 辖区内产前筛查、新生儿疾病筛查未做人员电话随访（入户追踪），筛查结果录入；
4. 根据三级医院要求，全区产前筛查、新生儿疾病筛查相关资料按月按季按年收集、整理、归档；
5. 每月上报出生缺陷相关报表；
6. 每季度参与全区出生缺陷督导（八个工作日）；
7. 每月质控各助产机构先天性心脏病筛查结果。

**附件2：**

**（一）法定代表人资格证明**

本人姓名：，身份证号：，系 （投标供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

法定代表人签字:

投标供应商：（盖章）

日期: 年 月 日

**（二）法定代表人授权书**

本授权书声明:兹（姓名）系 (投标供应商名称) 的法定代表人，现授权(授权代表姓名) 为我方就 （项目编号及项目名称） 项目的询价采购活动的合法代理人，以本公司名义全权处理一切与该项目有关的事务均予以承认。

本授权书于年月日签字或盖章生效，有效期至结束。

特此声明。

法定代表人签字：

法定代表人身份证号：

授权代表签字：

授权代表人身份证号：

投标供应商名称(公章):

日期: 年 月 日

附：法定代表人及授权代表身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**附件3：**

**承诺书（格式）**

我单位在参加（项目编号及项目名称）的采购活动中，郑重承诺如下：

1、本次采购活动中我单位申报的所有资料都是真实、准确完整的，不存在虚假响应。

2、本次采购活动中我单位所提供的工作内容和服务均满足采购人要求，拟投入的人员及设备资料均为真实有效的。

如违反以上承诺，我单位同意自动放弃中标资格，承担一切法律责任并接受相关监督管理部门依法作出的处罚。

投标人名称：（盖章）

法定代表人（或授权代表）：（签字）

日期： 年 月 日

**附件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(参考格式)**

**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。

投标供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表签字：

**附件5:**

# 供应商廉洁自律承诺书

本次医院招标是实行公开、公平、公正的阳光工程，给予了每个供应商平等竞争的机会。作为参与此次交易活动的供应商,我公司现郑重做出以下承诺：

一、遵守《中华人民共和国政府采购法》及省、市有关公共资源交易中心的各项法律、法规和制度。

二、客观真实反映自身情况，按规定接受医院供应商资格审查, 不提供虚假材料，不夸大自身技术和提供服务的能力。

三、以合法正当的手段参与医院采购的公平竞争。不与采购人、其他供应商或者采购代理机构恶意串通，不以不正当手段诋毁、排挤其他供应商，不向采购人、采购代理机构、评审机构行贿或者提供其他不正当利益。

四、认真履行规定义务,包括:遵守采购程序，按要求编写投标、响应文件，并保证投标、响应文件内容的真实可靠；按时递交投标、响应文件，缴纳相关保证金；在评标现场遵守相关纪律，不影响正常的采购秩序；按规定的时间和程序与采购人签订采购合同；按时缴纳履约保证金，并严格履行合同。

五、向采购人、采购代理机构行贿或者提供其他不正当利益的；销售活动中坚决做到“六不”：不得直接到医疗机构向相关人员推销和促销；不得在私人住宅、旅店、饭店和娱乐等不适当的场所与医疗机构相关人员或代理人洽谈有关药品采购事宜；不得以任何理由向需方行贿或馈赠礼品；不得以任何名义为需方报支应由单位或个人支付的任何费用；不得以任何理由组织或邀请需方人员参加由本方或供销人员支付的旅游和娱乐活动；不得将与需方采购的经济活动交于需方和需方代理人的相关人员的家属、亲友从事或代理。如发生上述情况，需方有权停止支付我方货款,并处经相关部门认可的违法金额5倍的罚款；造成损失的,应予赔偿；并且三年内不进入需方销售。

六、自觉接受相关部门的监督检查。

如违反以上承诺，我公司愿承担一切法律责任，并接受医院及相关部门依法作出的处罚。

承诺单位（盖章）

法定代表人（或授权代表）签字

年 月 日

**附件6:**

**供应商参加投标确认函**

江苏屸川全项目管理有限公司：

本单位将参加贵公司于 月 日开标的采购编号为 的 项目的投标，特发函确认。

　　　　　　 　 （单位公章）

　　　　　　　　　　　　　 　年　　　月　　　日

附：

**供应商联系表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 邮 编 |  |
| 单位电话 |  | 传真号码 |  |
| 项目联系人 |  | 邮 箱 |  |
| 联系人电话 |  | 联系人手机 |  |
| 所投分包 |  | | |

**备注：1、请准备参与本项目的供应商如实填写（以上信息均为必填内容）后邮件至采购代理机构（邮 箱：jshcqxm2022@163.com ，固定电话：0514-86663195。）**

**2、因投标供应商填写有误，造成以上信息资料的不实将由投标供应商承担责任。**