采购文件

一、项目名称

张家界市人民医院2025年全院放射工作人员开展放射防护和有关法律法规知识培训。

**二、供应商资格要求**

供应商应满足以下全部资格要求，否则报价无效。

1、具有独立承担民事责任的能力；

2、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

3、参加本项目招标活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

4、在投标截止时间前未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单，未被列入政府采购严重违法失信行为记录名单；

5、单位法定代表人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人，不得参加本项目报价活动。

6、本次招标不接受联合体投标。

7、法律、行政法规规定的其他条件。

三、采购预算

人数为160人次，其中岗前人数为20人，岗中为140人，岗前450元/人次，岗中400元/人，总费用,65000元（按单价据实结算）。

**四、详细参数要求**

供应商应满足以下参数全部要求，否则报价无效：

1、具备医学放射工作人员放射防护教育培训机构资质；

2、具备同类项目服务经验。

3、服务须即时响应，如医院某天需要进行放射培训，公司须于4个小时内抵达医院，当天提供放射培训服务。如医院当天需要进行放射培训，公司须于4个小时内抵达医院，当天提供放射培训服务。

4、必须提供上门培训服务（即线下培训）。

**五、报价文件的组成**

请按以下要求和顺序编制报价文件且所有文件应加盖公章，否则报价无效：

1、营业执照；

2、法人代表委托书（附件1）；

3、投标人资格声明（附件2）；

4、报价单（附件3）；

5、中国政府采购网中近三年内未被列为政府采购严重违法失信行为信息记录的截图证明；

6、信用中国信用报告；

7、具备医学放射工作人员放射防护教育培训机构资质；

8、具备同类项目服务经验；

9、必须提供上门培训服务（即线下培训）。

10、服务即时响应声明（附件4）；

**六、附件**

**附件1、法定代表人授权委托书**

本人（姓名、职务）系 （投标人名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）投标文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：。

代理人无转委托权。

本授权书于日期：年月日签字生效，特此声明。

|  |
| --- |
| 委托代理人身份证（正面、反面）复印件 |

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证（正面、反面）复印件 |

投标人名称（盖单位章）：

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年 月 日

**附件2、投标人资格声明**

致(招标人)：

按照竞价文件的规定，我单位郑重声明如下：

一、我单位是按照中华人民共和国法律规定登记注册的，注册地点为，全称为，统一社会信用代码为，法定代表人为，具有独立承担民事责任的能力。

二、我单位具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

三、我单位具有履行本项目采购合同所必需的设备和专业技术能力。

四、我单位在参加本项目竞价前三年内，在经营活动中，没有重大违法记录，在报价截止时间前未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单，未被列入政府采购严重违法失信行为记录名单；

五、我单位具备法律、行政法规规定的其他条件。

六、与我单位存在“单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系”的其他法人单位信息如下（如无，填写“无”）：

1、与我单位的法定代表人（单位负责人）为同一人的其他法人单位如下：

2、我单位直接控股的其他法人单位如下：

3、与我单位存在管理关系的其他法人单位如下：

我单位保证上述声明的事项都是真实的，如有虚假，我单位愿意承担相应的法律责任，并承担因此所造成的一切损失。

我单位保证随时按照要求提供能够证明上述声明事项真实性的任何有效文件。

投标人名称（盖单位公章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期：年 月 日

**附件3 、报价单**

项目名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 岗前培训报价（单价） | 服务人数 | 岗中培训报价（单价） | 服务人数 | 总报价 |
| 大写：小写： |  |  |  |  |

注：**本报价为含税报价，项目为价格包干**。

投标人名称（盖单位公章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期：年 月 日

**附件4、服务即时响应声明**

致(招标人)：

按照竞价文件的规定，我单位郑重声明如下：

若我方参与张家界市人民医院2025年全院放射工作人员开展放射防护和有关法律法规知识培训，我方在接到通知后可以在4个小时内抵达医院。如医院当天需要进行放射培训，公司须于4个小时内抵达医院，当天提供放射培训服务（线下培训）。

我单位地址位于： （营业执照地址），可以通过□飞机□高铁□自驾的方式，于4个小时内抵达张家界市人民医院沙堤院区。

投标人名称（盖单位公章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期：年 月 日