沙雅县人民医院中秋月饼套装项目

**采 购 文 件**

**供应商须知前附表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **条款名称** | **内** **容** **规** **定** |
| 1 | **项目名称** | 沙雅县人民医院中秋月饼套装一批 |
| 2 | **项目编号** | / |
| 3 | 采购单位 | 名 称：沙雅县人民医院林成良 电话：13899211530亢加理 电话：15999229533 |
| 5 | **采购内容** | 沙雅县人民医院中秋月饼套装一批 |
| 6 | **服务期限** | 合同签订之日起一年。 |
| 7 | **报价方式** | 本项目控制价：134100元（大写：壹叁万肆仟壹佰元整），供应商报价以人民币报价，不得超过最高限价否则视为无效报价。 |
| 8 | **项目类别** | 其他未列明行业。 |
| 9 | **供应商资格、能力、信誉及其它** **要求** | 1. 满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；（1）法人或者其他组织的营业执照等证明文件，自然人的身份证明：若供应商是企业（包括合伙企业）应提供营业执照；若供应商是事业单位应提供事业单位法人证书；若供应商是个体工商户应提供个体工商户营业执照；若供应商是自然人应提供自然人身份证明；（2）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录承诺书；（3）提供具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度承诺书；（4）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，提供承诺书；（5）具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的书面声明（响应文件格式10）；（6）参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明及反商业贿赂承诺书；（7）法定代表人参加的应上传法定代表人身份证明和本人有效身份证；委托代理人参加的应上传法定代表人身份证明、授权委托书、本人有效身份证；（8）供应商如在“信用中国”网站、中国政府采购网被列入严重违法失信行为记录名单的（尚在处罚期内的），将拒绝其参加本次政府采购活动。**2、落实政府采购政策需满足的资格要求：**（1）《新疆维吾尔自治区政府采购促进中小企业发展管理实施办法》（新财规〔2021〕6号）；（2）《财政部、司法部关于政府采购支持监狱企业发展有关问题的通知》（财库〔2014〕68号）；（3）财政部 生态环境部关于印发环境标志产品政府采购品目清单的通知（财库〔2019〕18号）；（4）《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》财库〔2017〕141号。（5）《财政部 发展改革委 生态环境部 市场监管总局关于调整优化节能产品 环境标志产品政府采购执行机制的通知》（财库〔2019〕9号），投标产品遵照《关于印发节能产品政府采购品目清单的通知》（财库〔2019〕19号）相关规定执行。**3、本项目的特定资格要求：**中秋月饼套装为食品类，供应方应取得《食品生产加工许可证》或者《食品经营销售许可证》。**4、本项目不接受联合体参加。****注：供应商提交的所有证明文件及材料必须清晰、准确、真实**。 |
| 10 | **资格审查方式** | 资格后审 |
| 11 | **投标语言** | 中文 |
| 12 | **报价文件有效期** | 30日历天。 |
| 13 | **采购方式** | 在线询价 |
| 14 | **分包（转让）** | 不允许。 |
| 15 | **供应商报价编制要求** | 具体详见报价文件要求。 |
| 16 | **履约保证金** | 甲乙双方自行约定 |
| 17 | **补充内容** | 投标供应商必须按报价文件格式要求上传资料，若未上传或上传资料不全者、格式不符等，采购人有权按照资格审查不符处理。如对该采购项目有质疑的，报价截止前将书面形式的质疑函提交到沙雅县人民医院采购办处。报价截止后提交的质疑一律不受理。 |

|  |
| --- |
| 中秋月饼套装参数 |
| **序号** | **名称** | **具体参数** | **数量** | **单位** | **单价/元** | **总价/元** | **参考图片** | **备注** |
| 1 | 中秋月饼套装 | 1.三层木质礼盒套装（月饼、茶叶、茶具各一层）；2.月饼：广式浆皮，透明独立包装，8-12枚，每枚45-64克，8-12种口味组合；3.茶叶：小罐茶8-12罐；4.茶具：1壶4杯。5.该产品为个性化定制产品，原材料、包装均须需保证质量，符合食品安全法、食品生产许可法规、食品经营许可管理办法等相关法律法规要求。中标后2个工作日内提供样品与医院确认月饼口味、定制要求，达成一致后签订合同并在7日内送货上门;6.其他要求：费用包含中秋月饼套装的运输费、保险费等其他可能产生的费用，费用结算需在乙方完成供货，甲方组织验收合格后60个工作日付款。 | 894 | 套 | 150 | 134100 |  |  |
| **合计金额** | **134100** |

**报价文件格式**

（项目名称）

 （项目编号）

**报 价** **文** **件**

投标人： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字或盖章）

年 月

**目 录**

1. 报价一览表........................................
2. 报价明细表........................................
3. 投标人资格证明文件................................
4. 投标人基本情况表..................................
5. 有效的营业执照....................................
6. 售后服务承诺......................................
7. 法定代表人身份证明................................
8. 法定代表人委托授权委托书..........................

9、企业诚信及相关承诺函.............................

10、参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录

10-1 信用中国网..................................

11-2 中国政府采购网..............................

11、审计报告.........................................

12、社保证明及完税证明...............................

13、其他.............................................

1、报价一览表

价格单位：元

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 沙雅县人民医院中秋月饼套装一批 |
| 项目编号 |  |
| 投标总报价 |  |
| 合同期限 |  |
| 供货地点 |  |
| 备注： |

说明：1、任何有选择或有条件的投标总价或表中某一包填写多个报价，均将导致投标被拒绝。

2、报价一览表中投标价为符合招标文件要求的所有费用。投标供应商应考虑企业自身实力、经验及项目实施过程中的各种因素及相关费用。

3、该投标总报价请供应商结合采购清单及总报价。

投标人名称（公章）：

法定代表人或其授权委托人（签字或盖章） ：

日期： 年 月 日

2、报价明细表

|  |
| --- |
| **采购中秋月饼套装报价明细表** |
| **采购单位：沙雅县人民医院** | **项目名称：**沙雅县人民医院中秋月饼套装一批 | **时间：** |
| **报价单位（供应商）盖公章：** | **法定代表人：** | **联系电话：** |  |
| **序号** | **采购项目** | **单位** | **数量** | **招标控制价（元）** | **响应单价（元）** | **响应合计金额（元）** | **响应品牌及型号** | **备注** |
| 1 | 中秋月饼套装 | 套 | 894 | 134100 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **报价总金额：** |

3、投标人的资格证明文件

**关于资格的声明函**

沙雅县人民医院：

关于贵方发布的 （项目名称 ），本签字人愿意参加投标，提供招标文件“采购参数”中规定的 内容，并证明提交的下列文件和说明是准确的和真实的。

1．本签字人确认资格文件中的说明以及投标文件中所有提交的文件和材料是真实的、准确的。

投标人（全称并加盖公章）：

地 址：

邮 编：

电 话/传 真：

投标人代表签字：

4、投标人基本情况表

|  |  |
| --- | --- |
| **投标人名称** |  |
| **注册地址** |  |
| **联系方式** | **联系人** |  | **电话** |  |
| **传真** |  | **电子邮箱** |  |
| **法定代表人****（或负责人）** | **姓名** |  | **电话** |  |
| **统一社会信用代码** |  | **员工总人数** |  |
| **类型** |  | **其中** | **基本账户开户银行** |  |
| **注册资本** |  |
| **成立日期** |  |
| **营业期限** |  | **基本账户银行账号** |  |
| **登记机关** |  |
| **经营范围** |  |

**注：本表后应附企业法人营业执照等资格审查所需相关材料的复印件。（投标人可根据本表自行编制）**

1. 有效的营业执照

（扫描件盖章）

6、售后服务承诺（投标人自行填写）

主要内容应包括（不仅限于下列内容）：

1、投标人应当分别列明投标货物免费质量保证期限\_\_\_\_\_年，在免费质量保证期（包修、包换、包退）内能够提供的技术支持办法和服务方式、服务内容以及维护维修的解决方式（上门维修、报修、送修等），如果招标人需要增加投标货物免费质量保证期，其续保价格         元。

2、投标人应分别列明免费质量保证期外的服务年限\_\_\_\_\_年；维护维修的电话、联系人、响应服务时间、到达现场时间以及维护维修完成时限（天）。

3、投标人应列明在货物免费质量保证期外技术支持和相关服务收费标准；零 (部)备件取得方式及取费标准。

4、投标人应列明生产厂家现在实行的售后服务和技术支持的方式、方法、内容，以及在新疆地区设置的售后服务网点、地址、联系电话等。

5、投标人应分别列明投标物品的装箱清单及物品；以及产品开箱不合格处理方法。

6、投标人应列明违反售后服务承诺的赔偿责任。

7、投标人应列明产品的质量或服务投诉电话（公司/厂方）。

 法定代表人或全权代理人：  （签字）

签署日期： 年 月 日

7、法定代表人身份证明

报价单位名称：

姓名： 性别： 年龄： 岁，系

 的法定代表人。

特此证明。

 报价单位（盖单位章）:

 或法定代表人签字（盖章）

 日 期： 年 月 日

附：法定代表人（单位负责人）身份证复印件）

|  |  |
| --- | --- |
| 正面 | 反面 |

8、法定代表人委托代理人授权委托书

我 姓名 是 投标单位名称 的法定代表人，现委托 投标单位名称 的 姓名 为我公司全权代理人，以我单位名誉参加沙雅县人民医院组织的 项目，项目编号： 投标活动，代理人可全权代表我单位负责处理开标、评标、澄清事项过程中的一切文件和签署合同。全权代理人在处理与本次招标项目有关的一切事务，我单位均予承认。

特此声明。

代理人情况

姓 名： 身份证号：

电话： 公司职务：

单位名称（公章） 法定代表人（签章）：

 委托代理人（签章）：

 年 月 日

法定代表人身份证正面

法定代表人身份证反面

委托代理人身份证正面

委托代理人身份证反面

9、企业诚信及相关承诺函

沙雅县人民医院 ：

我是 公司的法定代表人 ，我代表本公司郑重承诺：在 **（项目名称）**采购中,不属于大企业的分支机构，未存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形；没有行政处罚记录，经营异常名录的商业信誉记录良好；本公司主要负责人和采购方主要负责人和财务人员未存在利害关系，完全符合《政府采购法》的第十二条和《政府采购法实施条例》的第九条规定；另外我贵公司严格遵守《中华人民共和国招标投标法》的第五十九条规定，若未履行承诺，我公司愿承担由此产生的一切后果和法律责任。我公司无条件满足采购方的相关采购要求；如我公司未满足采购方的相关采购要求，采购方拒绝我公司或者顺延至下一家供应商，我公司一律接受采购方的确认竞价结果，我公司没有任何意见。

 法定代表人（签字）： 成交供应商（签章）：

 年 月 日

10、参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录

10-1 信用中国网截图

10-2 中国政府采购网

11、审计报告

1. 社保证明及完税证明

13、其他