询价采购

|  |
| --- |
| 项目编号：WXKQYY-2025CG001项目名称：报废设备回收服务 |

无锡口腔医院采购办

二O二五年六月第一章 采购邀请

无锡口腔医院就报废设备回收服务进行询价采购，有关事宜公告如下：

一、采购项目信息：

1.项目编号：WXKQYY-2025CG001

2.项目名称：报废设备回收服务

3.采购项目用途、数量、简要技术要求等：详见采购文件

4.采购项目内容:

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 名   称 |
| 1 | 报废设备回收服务 |

二、采购文件获取的时间、方式、公告期限等:

自即日起至应答截止时间前，从无锡口腔医院网站公告下载栏免费下载。

三、报名截止时间：

**2025-6-13 17:00**

报名联系人姓名：强秋霞 联系电话：0510-82719812

报名邮箱：wxkqyyzbk@126.com (仅接受邮箱报名，公司+联系人+联系电话+所投项目)

**医院纪检监督电话：0510-82808866-8825**

四、提交响应文件:

提交响应文件开始时间：2025**-**6-20 9:00

提交响应文件截止时间：2024-6-20 9:25

提交响应文件地点：无锡口腔医院8楼医学装备科/采购办公室

五、采购时间和地点

时间：2025-6-20 9:30

地点：无锡口腔医院8楼医学装备科/采购办公司会议室

**注：1、应答文件一式二份，一正一副。**

 **2、应答文件报价超预算者视为无效应答。**

**3、资质证明文件不得缺项。**

**4、所提供合同复印件不得遮挡任何信息，否则认定为无效合同**

**第二章 评标标准**

**报价为回收总价，最高价者中标（见附件清单）**

**如报价相同，优先选择近三年提供类似业绩多者。**

**第三章 采购需求**

无锡口腔医院就医疗和办公设备报废回收进行询价，欢迎符合条件的回收公司参加。

一、资格要求：

应答人必须是具有独立承担民事责任能力的在中华人民共和国境内注册的法人或其他组织，提供有效的营业执照或法人登记证书复印件。具有国家法律法规规定的相关回收处置资质。

二、回收内容：

见附件一报废清单

三、回收处理服务要求：

1、报废设备整体搬运出医院，不可在医院拆解（特殊设备除外）。

2、搬运路线与搬运方法服从院方人员指挥。

3、不准在医院内动火切割。

4、搬运过程中，如院方发现有用设备和物品可以扣留。

5、回收方自行安排车辆运输。

四、支付方式

回收结束后，回收方一次性向医院付清回收款，医院出具相应的行政事业收据。

五、特殊要求

**应答人须承诺所有回收物资不作为医疗设备二次销售，不得用于国家相关法律法规禁止的范围和用途。**

**承诺函格式自拟，无承诺函视为无效应答。**

**应答文件主要目录及相关证明材料格式、附件**

（必须有目录）

1. 应答申请及声明
2. 法定代表人授权书
3. 报价表
4. 资格证明文件**（不得缺项）**

附件一、无重大违法记录声明格式

附件二、 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的声明格式及证明材料

**目录一、应答申请及声明格式**

应答申请及声明

致：无锡口腔医院采购办

 根据贵方 （项目名称） （项目编号）应答邀请，正式授权下述签字人 (姓名和职务)代表应答人 （应答人名称），提交应答文件。

据此函，签字人兹宣布声明和承诺如下：

1、**我们的资格条件完全符合政府采购法和本次采购要求**，我们同意并向贵方提供了与应答有关的所有证据和资料。

2、按采购要求，我们的应答总报价为（大写）元人民币。其中，小型企业的产品为（大写）元人民币。

3、我们已详细审核全部采购文件及其有效补充文件，我们放弃对采购文件任何误解的权利，提交应答文件后，**不对采购文件本身提出质疑**。否则，属于不诚信和故意扰乱政府采购活动行为，我们将无条件接受处罚。

4、我们同意从规定的开标日期起遵循本应答文件，并在规定的应答有效期期满之前均具有约束力。

5、一旦我方中标，我方将根据采购文件的规定严格履行合同，并保证于承诺的时间完成服务的启动/集成、调试等服务，交付采购人验收、使用。

6、我方决不提供虚假材料谋取中标、决不采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商、决不与采购人、其它供应商恶意串通、决不向采购人和评委进行商业贿赂、决不拒绝有关部门监督检查或提供虚假情况，如有违反，无条件接受贵方及相关管理部门的处罚。

8、与本应答有关的正式联系方式为：

地 址：

电 话：

传 真：

开户银行：

银行账号：

供应商授权代表姓名（签字）：

供应商名称： （盖章）

日 期： 年 月 日

**目录二、法定代表人授权书格式**

法定代表人授权委托书

无锡口腔医院采购办：

本授权书声明：注册于 （应答人住址）的 （应答人名称）法定代表人 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的 （应答人代表姓名、职务）为本公司的合法代理人，就贵方组织的（项目名称），（项目编号）应答，以本公司名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字：

 授权委托人签字：

日 期： 年 月 日

**法人身份证复印件 授权代表身份证复印件**

**目录三、报价表**

**目录四、资格证明文件（不得缺项）**

1、封面：公司名称、联系人姓名及联系方式等信息。

2、回收处置公司需登录“信用中国 ”网站（www.creditchina.gov.cn）渠道查询，未被列入失信被执行人名单、重大税收违法案件当事人名单、严重违法失信行为记录名单，提供扫描件并加盖公章；

3、需提供营业执照副本的复印件并加盖公章。

4、需提供法定代表人的授权委托书并加盖公章。

5、需提供法定代表人和被授权人的身份证复印件。

6、需提供被授权人的社保缴纳证明材料（内附2025年2月～2025年4月的缴费清单）或由社保机构出具本企业的2025年2月～2025年4月的缴费证明；

7、需承诺所有回收物资不作为医疗设备二次销售，不得用于国家相关法律法规禁止的范围和用途。（**格式自拟**）

8、回收处置公司至少提供近三年的回收处置报废医疗设备的合同。

9、文件要求：每页加盖公章。

10、具有国家法律法规规定的相关回收处置资质（《再生资源经营许可证》或《再生资源回收经营备案登记证明》）。

**需严格按照本清单内容递交材料，否则视为无效应答**

**附件一、无重大违法记录声明格式**

无重大违法记录声明

无锡口腔医院采购办：

 我单位（供应商名称）郑重声明：

 参加政府采购活动前3年内在经营活动中（在下划线上如实填写：有或没有）重大违法记录。

 （说明：政府采购法第二十二条第一款第五项所称重大违法记录，是指供应商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。）

 声明人：（公章）

 年 月 日

**附件二、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的声明格式及证明材料**

 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的声明格式

无锡口腔医院采购办：

我单位 （供应商名称）郑重声明：我公司具备履行本项采购合同所必需的设备和专业技术能力，为履行本项采购合同我单位具备如下主要设备和主要专业技术能力：

主要设备有： 。( 若有 )

主要专业技术能力有： 。( 若有 )

 声明人：（公章）

 日期：\_\_\_\_\_\_年 月 日

其他证明材料及文件：（如果应答人认为需要提供的话）