报名须知

各公司代表：

1. 报名方式：邮箱报名。将附件二可编辑的电子版以附件形式发邮箱1946440816@qq.com（文件命名为：项目名称+公司名称）
2. 纸质资料提交：请按第二部分：《材料基本目录》等要求做好三份材料，在2023年8月 15日17:00前送达/邮寄达广州市越秀区麓景路2号南方医科大学皮肤病医院11楼总务科，以便做好评审前的准备工作。

三、院内评审时间另行通知。

四、贵公司必须对所提供材料的真实性负责，如发现虚假材料将列入采购黑名单，并依法追究相关责任。

五、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，不得参加同一项目报价, 一经发现按废标处理并标记为不诚信供应商。

目 录

1. 用户需求书
2. 材料基本目录

第三部分 材料格式

**第一部分 用户需求书**

**说明：以下是本项目需求详细部分，无任何针对性、倾向性和排他性，因市场了解的局限性，可能存在某些不足，仅为参考。**

**一、项目要求**

**1. 行车路线：**白云区政民路77号至南方医科大学皮肤病医院（越秀区麓景路2号）

**2. 货车：**装货空间长\*宽\*高分别等于或大于3.2米\*1.6米\*1.6米。

**3. 时间：**每年约100次，每月约8次，淡旺季每月次数会有所波动。根据科室需要，会提前一天通知供应方。供应方按照约定时间将制剂从政民路库房运输至医院库房，并负责制剂装卸。

**二、服务期限：**1年，2023年9月1日至2024年8月31日

**三、服务要求：**

1. 本项目最高限价为4.5万元。
2. 成交供应商应保证车辆的各项技术性能处于良好状态，符合交通法规的要求，并出具营业执照、运输经营许可证及税务登记等资料。
3. 成交供应商应配备政治思想合格、驾驶技术精、遵章意识强、服务态度好、普通话流利、身体健康、无妨碍安全驾驶的疾病的驾驶员，驾龄5年以上，并持有C1驾照。采购方对成交供应商提供的驾驶员服务有异议时，成交供应商应无条件更换驾驶员。
4. 成交供应商需承担货车燃油费、交通违章费和停车费的一切费用，但不限于车辆养护、司机工资、维修、保险及税金等。
5. 合同履行过程中根据医院实际需求，可按照实际的趟次进行调减或者调增车次，据实结算。
6. 成交供应商必须按采购方要求按时到达指定地点载货和指定的路线行驶，不准迟到，不准提前发车，不准擅自改变行车路线。每次发车前应提前做好车辆维护、保养工作，避免因车辆故障延误运输，如遇特殊原因不能发车，要有应急措施，需提前安排好应急车辆，除非不可抗力。由于成交供应商失误造成院方制剂不能按时到达，应承担科室另行租车及搬运人员的费用。
7. 如发生因车辆而引起的意外事故，由成交供应商处理，按国家相关法律法规执行，一切损失概由成交供应商负责赔偿并负责向投保的公司按乘客保险办法规定办理赔偿（如有人员伤亡等损失，成交供应商应先垫付急救费用，然后再与保险公司理赔）。修车期间，免费为采购方提供同等车型替代车辆。要求合同。（内容见下表）

**四、付款方式**

成交供应商于每季度末与采购方核对本季度租车费，核对无误后，成交供应商提供有效发票给采购方，采购方在收到发票后15个工作日内支付上季度用车费用。支付方式为电汇银行转账。应商于与采购季度租车费，核对无误后，成交供应在收到发票后15个工作日内支付度用车费用。支付方式为电汇银行转账。

**第二部分　材料基本目录**

1、\*项目报价表

2、\*公司《工商登记》《企业法人营业执照》《租赁许可证》

3、\*公司法定代表人证明（附身份证复印件）

4、\*委托代理人授权书（附身份证复印件）

5、\*需求响应表（需逐条响应）

6、\*承诺书

7、\*车辆信息表（包括但不限于图片、行驶证等）

8、\*司机信息表（包括但不限于驾驶证）

9、\*服务方案

10、\*用户名单（同类型项目广东省内服务单位）

11、\*近三年同类项目合同关键页

12、中小企业声明函（属于中小企业的供应商提供）

（注：监狱企业、残疾人福利单位视同小型、微型企业，均给予相同比例的价格扣除。中小微企业以供应商填写的《中小企业声明函》为判定标准，残疾人福利性单位以供应商填写的《残疾人福利性单位声明函》为判定标准，监狱企业须供应商提供由省级以上监狱管理局、戒毒管理局（含新疆生产建设兵团）出具的属于监狱企业的证明文件，否则不予认定。）

13、报价人认为需要提交的其它材料

说明：

1、以上材料需加盖公章，按顺序摆放，均在有效期内。带星号（\*）项为必交材料。

2、材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。

**第三部分 材料格式**

**3.1封面**

**南方医科大学皮肤病医院**

**采购项目**

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

**联系邮箱：**

**日期：**

**3.2**

**目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料名称** | **页码** |
| 1 | \*项目报价表 | 第( )页 |
| 2 | \*公司《企业法人营业执照》 | 第( )页 |
| 3 | \*公司法定代表人证明（附身份证复印件） | 第( )页 |
| 4 | \*公司代理人授权书（附身份证复印件） | 第( )页 |
| 5 | \*承诺书 | 第( )页 |
| 6 | \*车辆信息表 | 第( )页 |
| 7 | \*司机信息表 | 第( )页 |
| 8 | \*需求响应表 | 第( )页 |
| 9 | \*服务方案 | 第( )页 |
| 10 | \*用户名单 | 第( )页 |
| 11 | \*近三年同类项目合同关键页 | 第( )页 |
| 12 | 中小企业声明函 | 第( )页 |
| 13 | 报价人认为需要提交的其它材料 | 第( )页 |

**3.3法定代表人/负责人资格证明书**

**法定代表人/负责人资格证明书**

兹证明， 同志， （性别），现任我司 职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 粘贴代理人身份证复印件 |

**3.4法定代表人授权委托书**

**法定代表人/负责人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于 （公司地址） （公司名称）

（法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在南方医科大学皮肤病医院 项目中报名、院内谈判及合同签订事务。

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 粘贴代理人身份证复印件 |

**3.5 需求响应表（需逐条响应）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购方需求 | 实际响应  (报价人应按货物/服务实际数据填写，不能照抄院方参数要求) | 是否偏离  （无偏离  /正偏离  /负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**3.5 中小企业声明函（以下格式文件由供应商根据需要选用）**

中小企业声明函（承接本项目服务为中小企业时提交本函，所属行业应符合本项目所属的批发业行业）

**中小企业声明函（服务）**

本公司（联合体）郑重声明，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，本公司（联合体）参加（单位名称）的（项目名称）采购活动，服务全部由符合政策要求的中小企业承接。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1.（标的名称），属于 批发业 行业；承接企业为（企业名称），从业人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人，营业收入为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元，资产总额为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

2.（标的名称），属于 批发业 行业；承接企业为（企业名称），从业人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人，营业收入为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元，资产总额为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不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。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

1：从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。

2：投标人应当自行核实是否属于小微企业，并认真填写声明函，若有虚假将追究其责任。

注：未提供或未填写视作未做声明。

**3.6（以下格式文件由供应商根据需要选用）**

**监狱企业**

提供由监狱管理局、戒毒管理局（含新疆生产建设兵团）出具的属于监狱企业的证明文件。

注：未提供视作未做声明。

**3.7残疾人福利性单位声明函（以下格式文件由供应商根据需要选用）**

**残疾人福利性单位声明函**

本单位郑重声明，根据《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）的规定，本单位为符合条件的残疾人福利性单位，且本单位参加\_\_\_\_\_\_单位的\_\_\_\_\_\_项目采购活动提供本单位制造的货物（由本单位承担工程/提供服务），或者提供其他残疾人福利性单位制造的货物（不包括使用非残疾人福利性单位注册商标的货物）。

本单位对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

单位名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

注：本函未填写或未提供视作未做声明。