议 价 文 件

浙江省肿瘤医院全院洁净检测项目

浙江省肿瘤医院

二○二一年十一月

**浙江省肿瘤医院全院洁净检测项目**

我院拟采取院内议价方式，完成浙江省肿瘤医院全院洁净检测项目招标，特此将有关事项公告如下：

**一、项目名称和质量保证**

1. 项目名称：浙江省肿瘤医院全院洁净检测项目。

2. 服务保证：

（1）严格按照要求开展各项工作，保证测试数据的公正性、科学性、准确性和可追溯性。

（2）检测时使用的仪器设备必须在检定合格有效期内，符合标准检测要求。

（3）必须按照委托书要求的内容进行检测，出具检测报告。报告内容真实、准确。

（4）严格按照如下技术规范开展检测工作：

 GB50333-2013《医院洁净手术建设技术规范》

JG/T292-2010《洁净工作台》

**二、服务内容**

1.服务名称、数量、单价及投标分项价格：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区域 | 洁净等级 | 价格（元/间） |
| 洁净手术室及其辅助用房 | 百级 |  |
| 千级 |  |
| 万级 |  |
| 十万级 |  |
| 洁净重症监护室及其辅助用房 | 百级 |  |
| 千级 |  |
| 万级 |  |
| 十万级 |  |
| 层流病房洁净用房 | 百级 |  |
| 千级 |  |
| 万级 |  |
| 十万级 |  |
| 静配中心洁净用房 | 百级 |  |
| 千级 |  |
| 万级 |  |
| 十万级 |  |
| 实验室洁净用房 | 百级 |  |
| 千级 |  |
| 万级 |  |
| 十万级 |  |
| 静配中心洁净工作台 | / |  |

①、百级洁净用房检测内容为：尘埃粒子数、静压差、照度、截面风速、室内温度、相对湿度、噪声、换气次数、沉降菌（细菌浓度）。

②、千级至三十万级洁净用房检测内容为：尘埃粒子数、静压差、照度、室内温度、相对湿度、噪声、换气次数、沉降菌（细菌浓度）。

③、洁净工作台检测内容：风速、空气洁净度、噪声、照度。

2.投标价格为完成本项目的全部费用，包含一切税费、货物费、运杂费、保险费、装卸落地费、人工费、二次搬运费、检测验收费（有关法律法规规定的货物进场、材料和成品抽检、最终检测及验收费）等完成本项目所需的所有费用等，实行固定单价（单价按投标报价）包干。

3.服务周期：以合同约定为准。

**三、供应商资格条件**

1.符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定条件；必须具备本次招标货物或服务的经营资质；

2.近三年内有从事上述项目经营的业绩；

3.本项目不接受联合体投标

**四、响应文件编制要求**

1. 响应文件分商务文件和技术文件。

2. 商务文件包含完成本项目所需的全部报价及其他相关服务承诺、优惠条件。

3. 技术文件包含公司简介、企业法人营业执照、法人代表及委托代理人身份证复印件、法人授权委托书、资质证书复印件（复印件需加盖单位公章）、技术方案、实施方案等相关证明材料。

4.响应文件正本一份，副本贰份。

**五、报价文件**

1.按本文件第二条第1款表格内所列内容报价。

2.服务响应周期及相应优惠条件等。

**六、评标办法**

评标小组投票。

**七、报价要求**

本次报价按各分项单价编报。

**八、合同签订**

1.中标人须在7个工作日内，与我院签订采购合同，否则，将视为自动放弃本项目的所有权利，取消中标资格。

2. 合同签订前，我院将对合同内容进行审查，如发现与采购结果和投标承诺内容不一致的，取消中标资格。

3. 中标人若拖延、拒签合同的,将取消中标资格。

**九、付款方式**

1. 按合同约定付款，付款以转账支票形式支付。

**十、投标截止时间、开标时间及地点**

1. 递交投标文件截止时间：2021年12月6日（周一）17：00，逾期不再接受任何形式的报名。

2．开标时间：另行通知

3．投标地点：浙江省肿瘤医院行政楼403室

4. 开标地点：另行通知

5. 采用快递方式递交投标文件，必须对投标文件进行密封并在密封处加盖公章，快递费用由投标单位自理，不接受到付件。邮寄地址：杭州市拱墅区半山东路1号浙江省肿瘤医院行政楼403室。

**十一、联系方式：**

1. 地址：杭州市拱墅区半山东路1号

2. 联系方式：

联系人：林先生 联系电话：0571-88122531

 浙江省肿瘤医院

 2021年11月29日

**附件1：**

授权[委托书](http://www.liuxue86.com/hetongfanben/wtsfb/%22%20%5Ct%20%22http%3A//www.liuxue86.com/a/_blank)

　本公司特委托姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，性别:\_\_\_\_\_\_\_身份证号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，作为我公司的合法代理人，全权代表我公司办理浙江省肿瘤医院 相关事项，对委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我公司均予以认可，并承担相应的法律责任.

　　委托期限:自签字之日起至上述事项办完为止.

 法人代表：

 公司名称:

 年 月 日