**南通市第三人民医院**

**物资搬运服务项目询价公告**

我院二期大楼、公共卫生临床医学中心相继竣工，相关科室将进行搬迁调整，搬迁中涉及院内搬运、院外短途搬运，以及院区其他相关物资的搬运等，我院现就物资搬运服务项目进行询价。

**一、项目名称**

1、项目名称：南通市第三人民医院物资搬运服务项目。

**二、最高限价**

1、院内搬运费（无需车辆运输）：370元/工。

2、院外短途运输费（含装卸车）：20公里内460元/车。

**三、资质要求：**

1、提供法人授权委托书原件及法人、被授权人身份证复印件（格式见附件）。

2、提供有效的营业执照复印件。

3、提供有效的的道路运输经营许可证复印件。

4、提供税务登记证复印件。

5、提供运输车辆相应的行驶证明，确保合法上路。

6、提供保险证明‌：如责任险、意外伤害险等，为员工的权益提供保障。

**四、‌其他要求：**

1、承运方需按院方约定的时间地点将物资搬运至指定地点。

2、搬运过程中不得野蛮装卸，如物资损坏承运方将照价赔偿。

3、院内整体搬运须经双方确认工作量，双方无异议后进行。

4、院外短途运输须提供车长3.8m以上的整车运输服务。

5、院外短途运输发车前需经院方现场人员确认后方可发车。

6、承运方的服务人员应接受专业培训，具备相应的搬家技能和服务意识。

7、安全运营规范‌：确保安全运营。

**五、招标方式**

1、本项目采用 **最低投标价法** ，在有效标中，投标综合报价最低的投标者为中标人。

2、评分方法

2.1、院内搬运与院外短途运输分值各占50%。

2.2、最低价作为基准价，每高于基准价1元扣1分，譬如院内搬运基准价340元/工，报价350元扣10分，得分90分，占比50%，得45分；院外短途运输基准价450元/车，报价460元扣10分，得分90分，占比50%，得45分，综合得分90分。

3、若出现最低报价相同的情况，由最低报价相同者在最低投标报价以上进行再次报价，最低价报价者为中标人。

4、投标价不得高于最高限价。

5、本项目不接受联合体投标。

**六、报名时间和方式**

1、报名时间：公告发布之日起至2025年2月26日11:30（每天上午7：45-11:30，下午14:00-17:00，节假日除外）

2、报名方式：将投标公司名称、地址、联系人、联系电话等报名信息发送至邮箱2462748269@qq.com。

**七、响应文件提交**

1、响应文件接收截止及开标时间：2025年2月27日上午9:15（北京时间），其后所收到的响应文件恕不接受。

2、响应文件接收地点：南通市第三人民医院五号楼五楼北会议室。

**八、本次招标联系人**

采购单位：南通市第三人民医院

联系人：苏先生

联系电话：0513-85116168

南通市第三人民医院

2025年2月20日

。

附件：

**法定代表人身份证明**

（法定代表人参加投标时，须出示此证明）

单位名称: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位性质: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地 址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

成立时间: \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

经营期限: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_\_\_\_

职务: \_\_\_\_\_\_\_\_ 系: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的法定代表人。

特此证明

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

**注:**如为法定代表人参加投标时，须将身份证原件带至开标现场备查。

**授权委托书**

（被授权人参加投标时，须出示此证明）

南通市第三人民医院：

兹授权 （被授权人的姓名）代表我公司参加 （招标项目名称)项目的投标活动，全权处理一切与该项目投标有关的事务。其在办理上述事宜过程中所签署的所有文件我公司均予以承认，我公司对被授权人签名的所有文件负全部责任。

被授权人无转委托权。特此委托。

附：被授权人情况：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

身份证号码：

手机：

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

被授权人身份证复印件

（粘贴此处）

**注:**如为被授权人参加投标时，须将身份证原件带至开标现场备查。

**投标报价表**

项目名称：南通市第三人民医院物资搬运服务项目

|  |  |
| --- | --- |
| **报价轮次** | **报价** |
| 第一次报价  **（密封前填写）** | 院内搬运费： 元/工  院外短途运输费： 元/车 |
| 第二次报价  **（必须在开标现场填写）** | 院内搬运费： 元/工  院外短途运输费： 元/车 |

供应商名称（盖章）：

法人或授权委托人（签字或盖章）：

日期： 年 月 日