泸西县中医医院综合污水处理站流量监控联网及设备维修服务采购项目

**采购文件**

**项目编号：lxxzyyyzw-2022-1101**

**采 购 人：泸西县中医医院**

泸西县中医医院综合污水处理站流量监控联网及设备维修服务采购项目

一、项目基本情况

项目编号：lxxzyyyzw-2022-1101

项目名称：泸西县中医医院综合污水处理站流量监控联网及设备维修服务采购项目

预算金额：45000.00元；

采购需求：对泸西县中医医院综合污水处理站流量监控联网及设备维修服务

合同履行期限：自合同签订之日起30天内完成；

本项目不接受联合体投标。

二、申请人的资格要求：

1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；

2.落实政府采购政策需满足的资格要求：节约能源、保护环境、扶持不发达地区和少数民族地区、促进中小企业发展等政府采购政策。

3.本项目的特定资格要求：

（1）营业执照（三证合一）（复印件加盖公章）

（2）具备环境保护行业污染治理丙级及以上资质证书。

三、提交响应文件截止时间及方式

2022年11月10日前，将响应文件盖章扫码后发送至邮箱（lxxzyyy120@163.com）或邮寄泸西县中医医院采购办。

四、公告期限

自本公告发布之日起5个工作日。

五、其他补充事宜

本次采购公告在泸西县中医医院官网（<http://www.lxxzyyy.com/xinwenzhongxin/zbcg/>）上发布。

六、对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

采购人信息

名 称：泸西县中医医院

地址：泸西县中枢镇文秀路

联系方式：0873-6621879

1. 响应文件格式（由报价方填写）

（一）报价表

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 | 内 容 |
| 报 价 | 小写： 大写： |
| 合同履行期限 | 自合同签订之日起\_\_日内完成 |

申请人： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系方式：

填表时间： 年 月 日

1. 法定代表人身份证明书

申请人名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （申请人名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证

申请人： （盖单位公章）

年 月 日

1. 授权委托书

本人 （姓名） 系 （申请人名称） 的法定代表人，现委托 （姓名） 为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、递交、撤回、修改 （项目名称） 响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：授权委托代理人身份证

申请人： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

年 月 日

（四）申请人基本情况

附：营业执照、资质证书（复印件加盖公章）

（五）服务方案及承诺（格式自拟）

（六）人员配备（格式自拟）

（七）其他材料（格式自拟）