

## “城北院区建设项目规划条件核实测绘服务”院内招标公告

根据工作需要，桂林市中医医院拟对项目办申请的“城北院区建设项目规划条件核实测绘服务”项目进行院内招标，欢迎符合条件的供应商前来报名，现将本次招标的有关事项公告如下：

1、项目编号：GLSZYYY202425

2、项目名称：城北院区建设项目规划条件核实测绘服务

3、资金来源：事业收入

4、资质条件要求：①满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；②国内注册(依法在工商行政管理部门登记注册)，具备法人资格的供应商；③具备相关项目经营范围的单位。供应商须遵守《中华人民共和国招标投标法》、《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国民法典》等相关法律法规。

5、资格条件特别说明：①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合同项下的政府采购活动。除单一来源采购项目外，为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动。②对在“信用中国”网站([www.creditchina.gov.cn](http://www.creditchina.gov.cn))等渠道列入失信被执行人、重大税收违法失信主体、政府采购严重违法失信行为记录名单及其他不符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定条件的供应商，不得参与本次采购活动。

6、报名时间：2024年5月15日-5月21日（上午8：00-12：00，下午15：00-18：00 双休日和法定节假日除外），逾期不接收报名。

7、会议时间：报名成功后即可准备参会文件，会议时间另行通知（报名商家应密切关注报名邮箱及保持报名电话畅通以便接收通知）。

8、报名方式：桂林市临桂路2号，桂林市中医医院1号楼7楼招标办公室（现场报名须提交报名资料电子版）或网上报名（邮箱：[glzyyzbb2024@163.com](mailto:glzyyzbb2024@163.com)），报名要求详见附件1。

（注：报名后如不能如期参会，请务必在会议前一天中午12点前发邮件至报名邮箱。否则视为不诚信供应商，列入医院黑名单。）

9、联系人及电话：谢老师 0773-2813444。

桂林市中医医院招标办公室

2024年5月15日

### 附件 1. 桂林市中医医院院内论证会报名表

报名单位全称			
法定代表人			
公司详细地址:			
联系人:	联系方式:		
<b>参会项目（参会商家必填）</b>			
序号	参会项目名称	品牌型号	备注
1			
2			

报名指定邮箱：[glzyyzbb@163.com](mailto:glzyyzbb@163.com)；**1. 请务必在邮箱主题栏上注明以下报名信息：项目编号+项目名称（多项目时需注明对应报价表中的序号）+公司名称；2. 报名表需发电子 word 文档，word 文档的文件名需注明：项目编号+项目名称+公司名称；3. 不注明相关报名信息、报名表为图片或 PDF 文档的均视为报名不成功。**

1. 参会商家把填写完整报名表（**word 文档**）、相关资质证明（**PDF 文档**）【三证合一营业执照复印件（盖鲜章）、法定代表人身份证复印件、法人授权委托书（盖鲜章，授权委托时须提供）、授权委托书代理人身份证复印件、委托代理人社保证明（原件备查，授权委托时须提供）及供应商相关项目资质证明合成 **PDF 文档**】上传到指定邮箱，即完成商家参会报名手续。

2. 商家完成报名手续后即准备参会文件，参会文件包含（**以下内容很重要，请仔细阅读并按顺序装订成册**）：

- ①报价表；
- ②技术参数偏离表、配置列表、服务方案、产品彩页/说明书/项目效果图等；
- ③商家三证合一的营业执照、法定代表人身份证复印件、法人授权委托书（授权委托时须提供）、授权委托书代理人身份证复印件（授权委托时须提供）、由县级以上（含县级）社会养老保险经办机构出具的投标人为授权委托代理人缴纳的 2023 年中近三个月的社保证明复印件（委托代理时必须提供，投标单位成立不足 1 个月的无须提供）；
- ④企业生产、经营许可证、产品注册证及供应商相关资质；
- ⑤提供 2021-2023 年期间与本次投标产品相同服务项目的业绩证明，用户清单、三级甲等医院采购合同书复印等（需加盖公章）；
- ⑥售后服务、产品保修期、公司业绩、联系人及电话等相关资料。参会资料要求印刷清晰、密封并加盖公司公章，正本 1 份，副本 6 份，正本需装订整齐成册要有封面(装订样式见附后)。

⑦参会人员要熟悉业务，能详细介绍项目内容、产品性能等相关内容。

3. 所提交给医院的投标资料，恕不退回。报名后如不能如期参会，请务必在会议前一天中午 12 点前发邮件至报名邮箱；否则视为不诚信供应商，列入医院黑名单。

**备注：参会文件所提供的证照及相关证明材料必须真实有效，一经发现造假，将取消本次参会资格并追究相关法律责任。参会文件正本所有证照复印件需加盖公章。**

参会资料装订样式：正本需装订成册、副本装订样式。

正本/副本
<b>响 应 文 件</b>
项目名称： _____
项目编号： _____
供应商名称： _____
供应商联系人及联系方式： _____

## 附件 2. 项目报价表

单位：元

供应商（盖章）：			
联系人：		联系电话：	
序号	服务名称：	总价：	备注
投标总价：			
此项目为交钥匙项目，以上报价包括全部产品价格（包括全套产品、辅配件、随设备提交的资料等费用）包装、运输、装卸、安装、调试技术培训、质保期服务、税金、专利技术、劳务利润以及上述未提及但有关于本次招标设备的供货、安装、调试、计量检测、接入医院信息系统，直至验收合格交付及质保期间所发生的所有费用。按国家有关产品三包规定执行“三包”政策，质保期内故障时间顺延保修期。			

### 附件 3. 采购需求

#### 一、项目概况与招标范围

1. 项目名称：桂林市中医医院城北院区建设项目规划条件核实测绘服务
2. 建设地点：叠彩区站前路 CB9-1
3. 建设规模内容：建筑面积约 128000 平方米。
4. 测绘服务周期：7 个工作日
5. 质量要求：达到国家及地方相关标准，满足工程竣工规划验收测绘要求。
6. 测绘内容：桂林市中医医院城北院区建设项目竣工测量。

#### 二、其他要求

- 1、执行技术标准：《城市测量规范》（CJJ/T8-2011）；  
满足国家相关规范规定及《桂林市建设工程验线和规划条件核实管理办法》要求；
2. 满足招标人的项目进度要求。
3. 测绘服务内容必须满足该项目规划验收所有测绘需求，出具测绘报告并达到规划验收要求。
4. 测绘成果资料提交规定：纸质成果一式叁份，光盘壹张。
5. 付款方式：乙方测绘成果经质量检查合格，甲方验收支付测绘费用后，领取测绘成果。乙方按照国家有关法律法规的规定向甲方开具税率为 3% 的等额合规增值税发票。

### 附件 4：技术参数偏离表 供应商：

项目	医院设备需求 (条目式)	参加招标参数	偏离情况 (无偏离/正偏离/ 负偏离)	其他
采购 需求	1.			
	2.			
	3.			
	4.			