附件1：

四川省妇幼保健院 四川省妇女儿童医院

2024年四川省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作

评估活动项目市场调研内容及功能需求

一、项目内容

本项目为四川省妇幼保健院2024年四川省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作评估活动。结合四川省消除母婴传播工作开展实际，采用多种形式宣传方式和手段，呈现我省在消除母婴传播工作上的生动实践和工作成效。

二、项目要求（包括但不限于）

1.围绕我省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作开展，紧扣消除母婴传播工作主要板块，拍摄、制作消除母婴传播工作宣传视频，且时长不少于5分钟。

（1）视频技术要求：采用4K高清专业摄像机拍摄，综合运用灯光技术， 实拍素材不少于80%，由普通话一级甲等资质配音员配音。

（2）成片格式：封装格式为 MP4 ；分辨率不低于 1080P；画幅16:9；声音收声完整清晰，解说、同期声、效果声、音乐分声道输出。

（3）器材要求：供应商提供所有宣传产品制作所需摄影、剪辑、制作、录音等设备器材。

2.消除母婴传播主题宣传及相关物料准备

（1）消除母婴传播主题科普宣传，营造社会参与氛围。设计制作消除母婴传播系列主题宣传海报、宣传折页、笔袋、文件袋、笔记簿等符合甲方要求的系列宣传物品。

（2）围绕我省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作开展，在省级及以上主流媒体（如《人民日报》、川观新闻）完成主题性系列宣传。

3.国家评估现场准备

（1）活动会场设计布置：活动现场整体设计大气素雅；背景及展板设计，符合活动主题。

（2）活动现场资料准备：资料汇编、各种导示牌、主题喷绘、宣传折页、实物宣传品等。

（3）国家评估视频拍摄及制作：配合活动需要录制相关视频。要求多机位、全方位超清拍摄记录活动过程，并包括后期视频剪辑包装制作。

附件2：

# 法定代表人身份

**授权书**

四川省妇幼保健院（采购单位名称）：

本授权声明： （投标人名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方“ ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

投标人名称： （加盖公章）

日期：

* 说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。

附件3：

采购项目报价一览表

项目名称：2024年四川省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作评估活动

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务内容 | 单价（元） | 备注 |
|  | 2024年四川省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作评估活动 |  |  |
| 报价  合计 | 人民币大写： 元（人民币小写： 元） | | |

注： 1.报价表中的价格应是最终用户验收合格后的总单价，包含但不限于内容策划、摄像、灯光、字幕、特效、配音、配乐、美术、后期制作、推广等人工费、税费等费用以及一切其他相关费用。

2.“报价一览表”为多页的，每页均需由法定代表人或授权代表签字并盖投标人印章。

3.报价方式：以人民币报价。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字）： 联系方式：

日期：

附件4：

供应商类似项目业绩一览表

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 用户名称 | 项目名称 | 完成  时间 | 合同  金额 | 是否通过验收 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表： （签字或盖章）

填写日期：

附件5：

项目服务团队情况一览表

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分工 | 姓名 | 职务/职称 | 资格证明 | | | | |
| 证书  名称 | 级别 | 证号 | 专业 | 取得  时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表： （签字或盖章）

填写日期：

附件6

履行合同所必需的设备清单

（自有设备名称、规格、数量）