附件1

**四川省妇幼保健院 四川省妇女儿童医院**

**固定式螺杆压缩机采购**

**调研要求**

**一、项目概况**

1.项目名称：四川省妇幼保健院固定式螺杆压缩机采购项目市场调研。

2.送货位置：成都市武侯区沙堰西二街290号。

**二、单位要求**

1.参与投标的投标人必须具有独立法人资格。

2. 营业执照（副本）、税务证（国、地税副本、组织机构代码证）（副本）。

**三、报价要求**

报价要求包括：人工费、材料费、设备费、运输费、安装费、调试费、税金等一切费用。

**四、安装要求**

新安装设备与原有系统应兼容，施工过程不得影响门诊楼正压机房正常运行。

**五、主要表格**

**业绩证明表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品名 | 规格型号 | 数量 | 价格 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

说明： 1、只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。

**质量保证书**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*：

（制造商家名称）是在 .（国名）依法登记注册的，其地址现在 。其主要营业地点现在 。

作为供应商，我方承诺，为本次招标提供的货物为原厂制造、合法渠道供应的全新产品。我方保证以投标合作者来约束自己，并对该投标共同承担和分别承担招标文件中所规定的义务。

供应商单位名称： （盖章）

供应商单位法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

附：授权销售产品清单

**法定代表人身份授权书**

（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。

**七、其他事项**

有意愿投标的符合要求的单位可自行来院现场踏勘、洽谈。

上班时间为工作日8：00—12：00（上午），14：00—17：30（下午）。

联系电话：65978223。