**附件一：**

**四川省妇幼保健院 四川省妇女儿童医院**

**遴选车辆维修服务商项目市场调研要求**

**一、项目概况**

1、项目名称：四川省妇幼保健院 四川省妇女儿童医院 遴选车辆维修服务商项目市场调研

2、项目所在地：成都市武侯区沙堰西二街290号

3、招标地点：成都市武侯区沙堰西二街290号。

**二、采购内容**

全院内公务用车（5辆）和救护车（6辆）车辆维修服务。

1. **报价要求**

更换全合成机油单次报价

**四、单位资质要求**

1、营业执照或三证合一营业执照（副本，复印件）

2、税务证（国、地税副本，复印件）

3、组织机构代码证（副本，复印件）

4、经办人授权委托书,法人、经办人身份证复印件

5、具有车辆维修相关资质，且为成都市行政事业单位2022-2024年度公务用车定点维修服务商。

6、本次招标不接受联合体投标或项目分包。

#### 五、服务期限3年，合同一年一签。

**六、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：028-65978265

**六、报价一览表、项目业绩表、法定代表人授权书**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 单价（万元） | 金额（万元） | 备注 |
| 1 |  | 1 |  |  |  |
|  | **合计** |  |  |  |  |

注：1.报价应是最终用户验收合格后的总价，税费、采购文件规定的其它费用。

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.“报价一览表”需单独密封。

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：

项目业绩表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用户名称 | 数量 | 合同签订日期 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

说明：1、表中项目为近三年销售业绩，用户仍在合作；2、填写与本次市场调研项目类似业绩。

法定代表人授权书

XXX（医院名称）：

本授权声明：XXX（单位名称）,XXX（法定代表人姓名、职务）授权XXX（被授权人姓名、职务）为我方参加XXX项目（采购编号：XXX）比选采购活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关比选、报价、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字或盖法定代表人名章：

授权代表人（签字）：

供应商名称：（盖单位公章）

日期：

注：（1）法定代表人不参与比选而委托代理人比选适用。

（2）附法定代表人、授权代表身份证复印件（提供其在有效期的材料，居民身份证正、反面复印件）加盖供应商公章。