# **莆田市第一医院3号楼与10号楼连廊防坠楼安全保护网制作安装项目招标公告**

我院拟在3号楼与10号楼连廊处制作安装防坠楼安全保护网，现向社会公开选定承包人。

**一、项目概况：**

1）安装地点：3号楼与10号楼连廊处

2）最高限价：21402元

3）制作安装时限：6天（每延误一天罚款500元的违约金，由我院直接从项目款中扣抵）

4）项目质量：合格

5）保护网材质：防火麻绳网格复古吊顶棚网15毫米，绳粗20厘米

**二、报价要求：**

1）报价说明：本项目报价不得超过总价的最高限价，超过总价的最高限价均视为无效报价，请各供应商特别注意。

2）潜在供应商在进行报价应到现场进行勘查（可联系0594-6760420），但潜在供应商不得因此使院方承担与之有关的责任和蒙受损失，潜在供应商应承担踏勘现场的责任和风险，并附勘查照片佐证（附件7）

**三、承包人必须具备的条件：**

1）具有独立承担民事责任的能力；

2）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

3）建筑工程施工总承包三级及以上或建筑装修装饰工程专业承包二级及以上资质和具备有效的施工企业安全生产许可证，须提供有效期内的证书复印件；**或**营业执照含有建筑工程施工、室内室外装饰装修、铁件加工等一种及以上经营项目的有限责任公司。

**四、获取采购文件**

网上（莆田市第一医院网站）获取（具体见附件）

**五、提交报价文件截止时间、地点和方式**

1）提交报价文件截止时间:2025年8月1日17：00。逾期收到的或不符合规定的报价文件将被拒绝。

2）地点:莆田市城厢区南门西路449号市一医院8号楼505招标办

3）报价文件递交方式：供应商在截止时间之前将报价文件邮寄或专人送达，报价材料按要求密封，规定时间节点前送达或邮寄（邮政和顺丰）地址：莆田市城厢区南门西路449号市一医院8号楼505招标办，电话0594-6923862。以时间节点实际接收为准，在途未签收快递类报价材料视为超时，全部文件要密封在内，密封要完好无损，密封处要盖有公章。

4）报价文件组成：供应商报价时需提供以下报名资料纸质版1套，均需盖公章。

1.报价一览表（附件1）；

2.报价明细表（附件2）；

3.营业执照副本复印件（附件3）；

4.资质等级证书及安全生产许可证（附件4）（若无，则不提供此项）；

5.法定代表人资格证明书（附件5）；

6.法定代表人授权书及授权人身份证（附件6）；

7.现场勘测照片（附件7）。

**六、公告期限**

自本公告之日起3个工作日

1. **评标方式**

本项目采用简单低价中标法确定成交供应商。

1. **付款方式**
2. 确定中标后，成交供应商需提供中标价5%的履约保证金，履约保证金有效期至工程竣工验收合格之日，成交供应商完成约定的施工项目并通过验收后，凭验收单申请无息返还履约保证金。
3. 本工程无预付款，工程款待工程竣工验收合格后，经有关部门审核结算后，支付至工程结算总价的 97%，余下的3%作为保修金，验收之日起满一年后支付。
4. **其他事宜**

对本次招标提出询问，请按以下方式联系

地址:莆田市城厢区龙德井389号

联系方式:0594-6760420

联系人:刘先生、林先生、岳先生

莆田市第一医院

2025年7月29日

附件1

报价一览表

莆田市第一医院：

我方参加贵院该项目招标活动，并对该项目进行报价。

一、我方已完全理解招标文件的全部内容，自愿接受并执行招标文件的全部条款。

二、我方声明报价文件及所提供的一切资料均真实无误及有效。由于我方提供资料不实而造成的责任和后果由我方承担。我方同意按照贵方提出的要求，提供与谈判有关的任何其它数据或信息。

三、我方承诺自愿遵守、执行贵院项目招标管理法规制度及政策规定。

供应商名称：（全称加盖单位公章） 货币单位：元人民币

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 工期 | 总价 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商全称：（盖章）

法定代表人（或授权代表）：（签字）

年 月 日

附件2

报价明细表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **莆 田 市 第 一 医 院 项 目 报 价 单** | | | | | | |
| **项目名称：莆田市第一医院3号楼与10号楼连廊防坠楼安全保护网制作安装项目** | | | | **面积：** | / | |
| **序号** | **项目名称** | **计算 单位** | **数量** | **单价** | **总价** | **备注** |
|
| 1 | 安全保护网面积 | m2 | 167.8 |  |  | 1层安全保护网确定安装，余下3层安装楼层由医院通知（初定5、9、14层） |
| 2 | 2.5cm\*2.5cm方管（厚度1.5mm，含辅材膨胀螺丝） | m | 223.2 |  |  |
| 3 | 架子搭设及拆除费用 | 层 | 4 |  |  |
| 4 | 高空作业费 | 项 | 1 |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **上述合计**  **（含税）** | |  | |
| **备注： 1、以上数量及单价由潜在供应商在现场勘查后进行填写并计算总价（含税） 2、现场施工需满足使用科室要求。 3、结算按实结算，最终结算价格不得超过所报金额。** | | | | | | |
|
|

供应商代表：（签字）

供应商名称：（全称并加盖公章）

日期： 年 月 日

附件3

营业执照副本

复印件（加盖公章）

附件4

资质等级证书及安全生产许可证

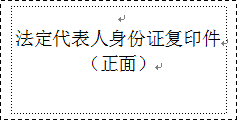
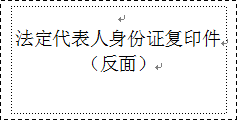
复印件（加盖公章）

附件5

法定代表人资格证明书

（法定代表人姓名）系（供应商单位全称）的法定代表人。

特此证明



供应商单位全称：（盖章）

年 月 日

附件6

法定代表人授权书

莆田市第一医院：

（供应商单位全称）法定代表人（姓名、职务）授权（授权代表姓名、职务）为全权代表，参加贵院组织的 项目招标活动，全权处理招标活动中的一切事宜。

供应商单位全称：（盖章）

法定代表人：（签字或盖章）

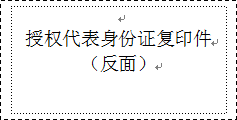
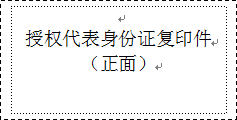
年 月 日

附：授权代表姓名：

职务：电话：

传真：邮编：

通讯地址：



附件7

现场勘测照片