

成都市温江区人民医院

门诊植物临时租赁采购项目院内遴选公告

因业务需要，我院拟对门诊植物临时租赁采购项目进行遴选，诚邀符合要求的供应商在本公告的有效期内将资料发送至本院采购部邮箱进行报名。

一、项目概况

主要为门诊区域配置植物并管理

(一) 服务需求：

1. 植株健康俊秀，形状优美，无病虫害，叶片清秀无尘，无枯枝黄叶。
2. 盆器套缸大小合适，美观大方，干净整齐，节能环保。
3. 不同区域配置植物花卉时，兼顾场所功能和环境氛围，保持美观大方，能有效体现医院形象。
4. 熟悉植物花卉的生长习性及其养护知识。
5. 全面掌握浇水、施肥、修剪等植物花卉的养护技术。
6. 熟练掌握植物花卉的病虫害防治措施。
7. 懂得植物花卉、盆器套缸、运输装卸等操作流程和实施标准。
8. 遵守质量、安全、卫生、文明、健康等作业规范。
9. 保证租摆到位时间，随时更换采购方认为需要更换的植物花卉。
10. 对长势较差、摆放时间较长、出现病虫害以及与环境不协调的植物花卉主动及时更换。

11、根据季节和各品种的情况每周组织更换。

12、每天循环对租摆的植物进行养护。

(二) 服务期限：合同签订后两个月。

(三) 付款方式：

1.根据采购方要求进行植物摆放，摆放金额按实际摆放数量×供应商报价单价×摆放天数结算

2.摆放品种、数量验收全部合格后，供应方出具等额的合法合规发票，采购方一次性支付 100%款项。

(四) 植物临时租赁数量表：

门诊植物临时租赁数量表

序号	租摆名称	数量 (盆)	摆放天 数(天)	综合单价 (元/盆/ 日)	合计(元)	备注
1	小发财树	10	61			
2	墨兰	10	61			
3	金钱树	24	61			
4	大虎皮兰	15	61			
5	大绿萝	46	61			
6	大幸福树	32	61			
7	独杆绿宝	33	61			
8	人参榕盆景	8	61			
9	粉掌	12	61			
10	三棒发财树	40	61			

11	合计	230	61	/		
----	----	-----	----	---	--	--

注：合计费用不得超过预算费用。

二、报价要求

本项目预算金额为 1.66 万元，报价时以人民币报价。

三. 供应商要求：

(一). 投标人参加本次投标活动应具备下列条件：

1. 具有独立法人资格，相应的经营范围，独立承担民事责任的能力，并且具有有效的营业执照和经营许可。
2. 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力。
3. 具有完善的售后服务制度和良好的售后服务记录，能提供良好售后服务。
4. 在经营活动中三年内没有重大违法记录。
5. 本项目不接受联合体报名。

(二). 投标人报名时需以下资料/物品：

1. 统一社会信用代码营业执照（企业法人）或统一社会信用代码法人登记证书（事业法人）复印件。
2. 授权书：法定代表人/单位负责人授权书原件、法定代表人/单位负责人身份证复印件、授权代表身份证复印件；授权书格式自拟，需明确授权人及受权人，需有双方签章。
3. 参加本次遴选活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录和无行贿犯罪记录的承诺函（格式自拟）。

4. 报价单（模板见附表），报价单后面请按照《门诊植物临时租赁数量表》列出明细作为报价单附件

注：以上资料均需加盖公章，若提供资料不全、不实或未按要求提供，将导致投标或中标资格被取消。邮箱报价时，文件以及邮件命名格式为：项目名称+公司名称。

四. 供应商不得具有的情形：

1. 提供虚假材料谋取成交；
2. 采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商；
3. 与采购人或其他供应商恶意串通；
4. 向采购人、专家小组成员行贿或者提供其他不正当利益；
5. 成交后无正当理由拒不与采购人签订采购合同；
6. 未按照文件确定的事项签订采购合同；
7. 合同转包或者违规分包；
8. 提供假冒伪劣产品；
9. 低于成本价不正当竞争；
10. 法律法规规定的其他情形。

注：供应商有上述情形的，按照规定追究法律责任，同时将取消被确认为成交供应商的资格或者认定成交无效。

五. 公告期限、时间地点、联系方式：

公告期限：自本公告发布之日起三个工作日

报名及提交资料截止：2024年07月24日17:00

报名方式：将文件要求的完整报名资料发送至采购部邮箱

邮箱地址：2240851577@qq.com

联系时间：09:00~11:30；14:30~17:00

地 址：成都市温江区康泰路 86 号，成都市温江区人民医院第三
住院部 9 楼采购部办公室

联 系 人：肖老师

联系电话：028-82720735

六. 遴选时间：报名结束后根据报价情况确定成交供应商。

七. 本公告解释权归采购人所有。

成都市温江区人民医院

2024年07月18日

采购部



附表：报价明细表

内容	报价（元）	伴随服务（若有）	备注

供应商名称：

（盖单位公章）

联系人：

联系电话：

日期：

