

# 成都市温江区人民医院

## 拟报废固定资产评估院内遴选公告

我院拟对拟报废固定资产评估项目进行遴选，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、项目基本情况

1. 项目概况：成都市温江区人民医院拟报废资产评估服务采购项目
2. 服务内容及范围：成都市温江区人民医院拟报废资产评估服务
3. 服务要求：出具采购人或管理部门认可的资产评估报告
4. 人员配置要求：拟担任项目负责人的注册资产评估师必须具有类似评估业务经验，拟投入本项目的人员中注册资产评估师不少于2人，具有相关专业助理人员不少于2人。
5. 设施设备配置要求：配备满足评估所需电脑及相关专业软件。
6. 服务期限：具体时间由合同约定，供应商须服从采购人的管理。
7. 履行合同的时间、地点及方式：具体时间由合同约定、采购人指定地点、现场审计方式。
8. 付款方式：采购人指定地中选人提交评估报告、出具收费发票，经采购人审核无误后，采购人在收到发票之日起15个工作日内一次性全额支付。
9. 验收标准和方法（考核办法）：中标人与采购人应严格按照《财政部关于进一步加强政府采购需求和履约验收管理的指导意见》（财库〔2016〕205号）及四川省财政厅《四川省政府采购项目需求论证和履约验收管理办法》（川财采〔2015〕32号）的要求进行验收。
10. 伴随服务：
  - (1) 本项目提交评估报告后一年内。采购人向供应商发出通知后，

供应商评估人员应在 2 个工作日内响应，并及时处理问题，直到服务满意为止。

(2) 报价为最终结算价格，包括供应商各阶段发生的所有费用，采购人不再支付其它任何费用。

(3) 供应商有其它服务承诺的，一并履行。

#### 11. 供应商特定资格条件要求：

(1) 具有有效的资产评估资格；

(2) 具有在四川省财政厅备案的有效资产评估机构备案公告；

(3) 在中华人民共和国境内依法登记注册，并有效存续具有独立承担民事责任能力的资产评估机构；

## 二、报价要求：

项目预算：20000 元，报价时以人民币报价。此报价含完成本项目的所有费用。

## 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. 本公告第一条的相关人员证书及第一条第 11 款：供应商特定资格条件要求 佐证文件。
5. 报价单（模板见附表）。
6. 供应商提交报价单时，视作完全响应本公告第一条的全部要求，请公司提供承诺函，格式自拟。

**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 并在邮件里注明联系人及联系方式。**

## 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：2025年02月06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  
2025年01月26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：

