**附件1 比价文件模板**

**高县人民医院**

**关于中医理疗室及产后康复室等改造**

**项目采购的公告**

**比价文件**

供应商名称： （全称并盖章）

联系人及联系方式：

2024年 XXX 月 XXX 日

**目 录**

**一、报价明细表**

**二、法定代表人身份证明书**

**三、法定代表人授权书**

**四、其他材料**

## 一、 **材料清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序列 | 项目名称 | 要求 | 单 位 | 数 量 | 单价 | 总价 |
| 1 | 理疗室和中药房拆除 | 含墙体拆除及拆除位置抹平、建筑垃圾清运 | 平方 | 65 |  |  |
| 2 | 中医门诊围档及地面保护 | 施工过道，安全警示，及地专地平保护 | 项 | 1 |  |  |
| 3 | 中药房墙体隔断 | 轻钢龙骨基础，阻燃板+单面洁净面板（含窗口面不锈钢边条收口） | 平方 | 16 |  |  |
| 4 | 开门洞 | 宽1米\*高2米（理疗室和产后康复室各1个） | 个 | 2 |  |  |
| 5 | 中医门诊墙、顶面处理 | 顶面和墙面修复，石膏腻子+环保乳胶漆（含理疗室吊顶高差处理） | 平方 | 197 |  |  |
| 6 | 中医门诊地面瓷砖修补 | 含地砖材料 | 平方 | 7 |  |  |
| 7 | 中医理疗室配电箱 | 含配电箱、63A（国标）漏电开关3个。 | 套 | 1 |  |  |
| 8 | 中医理疗室插座安装 | 3组6m²电线，每组超过4个插座（根据需求安装插座） | 个 | 12 |  |  |
| 9 | 产后康复室墙体拆除 | 墙体拆除，建渣清运，上车和运费（二楼） | 平方 | 48 |  |  |
| 10 | 产后康复室围档及地面保护 | 施工过道，安全警示，及地专地平保护 | 项 | 1 |  |  |
| 11 | 产后康复室地面瓷砖 修复 | 拆除部位的墙、地和便槽位置瓷砖修复（含冷凝水下水管1根）。 | 平方 | 12 |  |  |
| 12 | 产后康复室吊顶修复 | 墙体拆除部位300\*300扣板吊顶修复 | 平方 | 4 |  |  |
| 13 | 产后康复室主线及插座 | 电线用6平方单独走线，空调插座两组4平方， 床头电源4组2.5平方，含配电箱空开和插座。 | 组 | 6 |  |  |
| 14 | 产后康复室地面瓷砖勾缝 | 地面瓷砖缝隙处理 | 平方 | 29 |  |  |
| 15 | 洗手盆进水管处理 | 抠开地面封堵进水管，修复地面 | 处 | 3 |  |  |
| 16 | 产后康复室包下水管 | 隔音棉打底，阻燃板包面，碳晶板 | 根 | 1 |  |  |
| 17 | 封门洞（放射区域） | 轻钢龙骨打基层，0.8碳晶板包面，钛晶收口条 | 平方 | 15 |  |  |
| 18 | 开值班室窗洞 | 1楼1000\*800三个，四楼500\*800二个 | 个 | 5 |  |  |
| 19 | 玻璃窗 | 1楼1000\*800三个，四楼500\*800二个 | 个 | 5 |  |  |
| 20 | 抠网线地槽 | 将房屋中间网络线或电线通过抠槽移到墙体，（含抠槽、穿管，恢复等费用） | 处 | 4 |  |  |
| 21 | 地插安装 | 中会议室地插安装8个（有电源） | 个 | 8 |  |  |
| 22 | 门诊手术室新增照明 | 门诊手术室两间，各增加6个300\*600照明灯、2个开关（2.5m²电线从主电箱排线） | 个 | 12 |  |  |
| 23 | 门诊手术室新增插座 | 每间插座3个（4平方电线，主电箱排线） | 个 | 6 |  |  |
| 最高限价：49800元 | 合计 |  |

注：1.报价超过最高限价为无效报价。

2.报价包函上表中要求的全部内容，以及为本次所提供的产品、保险、运输、安装、辅材、拆除、税费等供应商完成本项目所需的一切费用。

二、法定代表人身份证明书

单位名称:

单位性质:

地 址:

成立时间: 年 月 日

经营期限:

姓 名: 性 别: 年 龄: 职 务:

系 （供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

供应商名称: （全称、盖单位章）

日 期: 2024 年 月 日

**附：法定代表人身份证复印件。**

## **三、法定代表人授权书**

本人 （姓名）系 的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改XXXXXXXXXX比价文件和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：自本授权委托书签署之日起至本项目相关事宜结束为止。

代理人无转委托权。

特此委托。

供应商名称：（全称、盖单位章）

法定代表人：（签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人：（签字）

身份证号码：

日 期: 2024年 月 日

**注：本授权委托书为法定代表人不亲自递交比价文件而委托代理人递交的适用。后附代理人身份证复印件。**

## 四、其他材料

1、承诺函

高县人民医院：

我单位作为本次采购项目的比价供应商，根据比价文件要求，现郑重承诺如下：

1.具有独立承担民事责任的能力。

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

3.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力。

4.参加本次比比价活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

供应商名称：XXXX（单位公章）。

法定代表人/单位负责人或授权代表（签字或加盖个人印章）：XXXX。

日 期：XXXX。

2、营业执照