**江油市人民医院**

**政府采购招标代理机构比选**

**项目名称：政府采购招标代理机构比选**

**采购人：江油市人民医院**

**时间：2020年11月2日**

# 第一章 比选邀请

**一、项目名称：江油市人民医院政府采购招标代理机构比选**

**二、项目内容：拟招标2家代理公司为医院提供政府招标代理服务。**

**三、服务期限：3年**

**四、供应商的资格条件：**

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.具有政府采购代理资格；

3.具有良好的商业信誉和健全的财务制度；

4.具有与本次采购内容相关的生产或经营许可；

5.具有依法缴纳税收和社会保障金的良好记录；

6.参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

7.本次比选不接受联合体参与，且不允许分包或转包。

**五、比选文件获取时间和方式：**

1.有意向的申请人于2020年11月17日至2020年11年19日17:30前将报名资料以PDF形式发送到我院指定邮箱；

2.报名资料须包含以下内容：

（1）企业营业执照副本；

（2）法定代表人授权书原件（非法定代表人参加报名时提供）；

（3）法定代表人和被授权人身份证；

（4）参选人没有任何违法违规不良记录的承诺；

**六、**比选文件**见附件，**比选资料递交时间为开标当日，开标时间以采购办电话通知为准。逾期送达的或者未送达到指定地点的比选资料，采购人不予受理。

**七、比选地点：**地点为江油市人民医院

**八、其他事项**:由江油市人民医院组织有关专家组成评选小组，根据报名单位提供的机构情况、业绩、服务、项目收费标准等事项进行综合评选。

**九、联系方式：**

采购人：江油市人民医院

联系人：罗老师

联系电话：0816-3262177

报名邮箱：647613864@qq.com

第二章 供应商须知

**一、供应商须知附表**

| **序号** | **条款名称** | **说明和要求** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 采购人 | 采购人：江油市人民医院联系人：罗老师联系电话：0816-3262177 |
| 2 | 项目名称 | 江油市人民医院招标代理机构比选项目 |
| 3 | 比选申请人资质条件、能力和信誉 | 1.具有独立承担民事责任的能力；2.具有政府采购代理资格；3.具有良好的商业信誉和健全的财务制度； 4.具有与本次采购内容相关的生产或经营许可证；5.具有依法缴纳税收和社会保障金的良好记录；6.参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。 |
| 4 | 是否接受联合体比选申请 | 本次比选不接受联合体参与，且不允许分包或转包。 |
| 5 | 比选有效期 | 比选申请截止之日算起90日。 |
| 6 | 是否允许递交备选比选申请方案 | 不允许 |
| 7 | 签字盖章 | 比选申请人必须按照比选文件的规定和要求签字、盖章。 |
| 8 | 比选申请文件份数 | 正本1份；副本1份，且分别装订。 |
| 9 | 比选申请文件封面的标注 | 比选申请文件正本和副本的封面上均应标明：比选项目名称、项目编号、比选申请人名称、年月日；并分别在右上角标明“正本”和“副本”字样。 |
| 10 | 比选申请文件外层密封袋的标注 | 比选项目名称、比选申请人名称、年月日。 |
| 11 | 比选时间和地点 | 现场递交 |

**附件1**

**资格审查必要合格条件标准**

代理机构名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目内容** | **合格条件** | **比选申请人应具备的****条件或说明** | **合格打“√”，不合格打“×”** |
| 1 | 营业执照、组织机构代码证、税务登记证 | 有效 | 比选申请文件中应提供营业执照副本、组织机构代码证副本、税务登记证副本复印件（若三证合一的，提供三证合一的营业执照副本复印件）。 |  |
| 2 | 招标代理资格（已在四川政府采购网上和中国政府采购网上备案） | 有效 | 比选申请文件中应提供四川政府采购网和中国政府采购网上备案截图。 |  |
| 结论 | 通过或不通过 |  |  |

注：结论分“通过”和“不通过”；上表所列所有评审项目均符合要求的结论为“通过”，有任意一项不符合要求则结论为“不通过”。评审委员会仅对结论“通过”的比选申请人进行下一步评审。

# 第三章 评审方法

1. 评审原则

本项目评审小组应依照公平、公正、科学及择优的原则进行评审，并以相同的评审程序和标准对待所有比选申请人。

1. 评审小组组成

评审工作由江油市人民医院负责组建的评审小组负责，评审小组的组长由评审小组成员推荐。

1. 评审过程的保密性
2. 评审结束后，凡与评审有关的资料以及授标意见等，均不得向比选申请人及与评审无关的其他人透露。
3. 在评审过程中，如果参加评审的比选申请人试图在比选申请文件审查、澄清、比较及授标方面向评审小组施加任何影响，其比选申请文件将被拒绝。
4. 确定中选单位数量：2家。
5. 评审办法：综合评分法。按评审后得分由高到低顺序排列。比选申请文件满足比选文件全部实质性要求，且按照评审因素的指标排名确定2家代理机构为中选单位。排名并列的由招标人自主采取随机抽取的方式选择中选单位。

六、本次比选评审方法最终解释权归江油市人民医院，江油市人民医院不对未中选的代理机构作出任何解释。

七、综合评分明细表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分因素及权重 | 分值 | 评分内容 |
| 1 | 报价10% | 10分 | 代理服务费收费标准符合《招标代理服务收费管理暂行办法》（计价格[2002]1980号）和发改办价格〔2003〕857号文件规定的标准收费的得10分。 |
| 2 | 业绩30% | 30分 | 代理机构从2020年1月至今的医疗机构政府采购业绩，一个业绩得1分，最多30分（须提供在四川政府采购网发布的采购公告截图并加盖代理机构鲜章）。 |
| 3 | 综合实力40% | 40分 | 1.代理机构在绵阳市范围具有独立办公场所≦300平方米的得3分，营业场所在300平米以上每增加50平方米的加0.5分，最多加4分（提供房屋产权证明或租房合同复印件）。2.代理机构配备有用于上门服务的小汽车1辆得1分，最多得3分。（提供车辆行驶证）3.根据代理机构的营业场所的地理位置、硬件设施、功能划分合理性、科学性进行综合评定，杜绝皮包公司，对有固定资产营业场所的代理机构最优的得5分，其他酌情得分。4.根据代理机构提供的服务人员专业技术能力，人员分工进行综合评定，最优的得3分，其次得2分，再次得1分，可并列；5.根据代理机构在历年四川省财政厅的考核情况进行综合评定，年度考核有一次优秀的得3分，有一次良好的得1分，本项最多得10分；（注：考核分数在90分及以上的为优秀；考核分数在70（包含）-90（不含）分的为良好）6.执业能力：根据代理机构、法定代表人（负责人）从事政府采购工作的年限、水平等进行综合评定，最优者得10分，其他酌情给分。7.获奖情况：代理机构在经营过程中获得过与政府采购活动有关奖项的得2分。 |
| 4 | 服务方案18% | 18分 | 根据代理机构提供的服务方案（方案包括人员配备、服务方案、保密能力及措施等、增值服务、应急处理等）进行综合对比；各项内容描述合理、方案详细、可行、有利于代理实施需求的得18分；方案一般详细、基本可行、满足代理实施需求的得15分；方案基本完整、勉强可行、能满足代理实施需求的得10分；方案内容不完整、可行性不强、不能满足代理需求的在5分以下给分；未提供方案的不得分。 |
| 5 | 比选申请文件规范性2% | 2分 | 申请文件制作、装订规范，目录页码清楚，能一目了然方便评审的得2分，有一项细微偏差扣1分，直至扣完为止。 |

# 第四章 比选申请文件格式

**（申请文件格式可自拟）**

**江油市人民医院**

**政府采购招标代理机构比选**

**比选申请文件**

**比选申请人：（盖单位章）**

**法定代表人或其委托代理人：（签字）**

**日期：年月日**

1. **比选申请函**

江油市人民医院：

根据贵方 （项目名称）项目的比选文件，我们提供本比选申请文件，据此声明并同意如下内容：

1. 根据贵方所发比选文件，在研究上述比选文件后，我公司愿按合同约定组织实施完成本工作任务。
2. 我方已详细审查比选文件的全部内容，包括修改文件以及全部参考资料和有关附件。我们将为我们对比选申请文件的误解而产生的后果负责。

3.如果我方中选，我方将保证按照比选文件的规定执行服务。

4.我方中选后按时按比选单位要求与比选单位签订合同。

比选申请人：（盖单位章）

法定代表人或其委托代理人：（签字）

日期： 年月日

1. **授权委托书**

本人（姓名）系（比选申请人名称）的法定代表人，现委托本单位人员（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（项目名称）服务类邀标申请文件、签订合同和处理有关事宜（向有关行政监督部门投诉另行授权），其法律后果由我方承担。

委托期限：从比选申请截止之日算起日历天。代理人无转委托权。

附：法定代表人身份证复印件和委托代理人身份证复印件

比选申请人：（盖单位章）

法定代表人： （签字）

委托代理人：（签字）

联系电话：

年月日

1. **拟投入本项目人员配置情况表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **类别** | **姓名** | **从事招标代理工作年限** | **学历** | **执（职）业资格** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

比选申请人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（盖公章）

日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

1. **比选申请人对资格要求规定条件的承诺函**

江油市人民医院：

本单位（比选申请人名称）参加（项目名称）项目的比选活动，现承诺：

我单位满足比选申请人的资格要求：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加本次比选活动前三年内，在经营活动中没有违法记录；

 （六）非联合体投标申明。

如违反以上承诺，本单位愿承担一切法律责任。

比选申请人：

法定代表人或授权代表：

日 期：

**五、报价函**

江油市人民医院：

 我单位自愿参加贵单位组织的本次比选活动。为此，我方向贵单位组织作如下保证：

 1、我方将严格遵守《政府采购法》等有关法规规定。

 2、我方将参照中华人民共和国国家发展计划委员会计价格〔2002〕1980号《招标代理服务收费管理暂行办法》和发改办价格〔2003〕857号文件标准收取，向中标人收取招标代理服务费。

3、我方同意按照贵单位的要求提供的一切数据和资料，并确保其真实性和合法性。

比选申请人名称（单位盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

投标日期:

**六、其他材料**

（比选申请人认为需要提供的材料，格式自拟。）