金堂县第二人民医院

眼耳鼻咽喉科消火栓维修整改采购项目

询价文件

**项目编号：jtxeyyhq [2025] 0819号**

**金堂县第二人民医院**

**后勤保障部编制**

**2025年9月**

目录

[第一章 询价邀请 3](#_Toc4941)

[第二章 项目内容 5](#_Toc29879)

[第三章 采购项目技术、服务及商务要求 6](#_Toc10774)

[第四章 报价表格式 7](#_Toc24578)

[报价表 7](#_Toc2641)

[投标承诺函 9](#_Toc15558)

1. **询价邀请**

金堂县第二人民医院拟对眼耳鼻咽喉科消火栓维修整改采购项目采用询价采购方式进行采购，现公开邀请符合要求的供应商参加报价。本次采购将根据符合采购需求、质量和服务相等且报价最低的原则确定成交供应商。

**一、采购项目基本情况**

1. 项目编号：jtxeyyhq [2025] 0819**号**

2. 采购项目名称：金堂县第二人民医院眼耳鼻咽喉科消火栓维修整改采购项目。

3. 采购人：金堂县第二人民医院

4.最高限价：12000元（人民币）

**二、资金情况**

资金来源：财政性资金

**三、申请人资格要求**

详见第二章

**四、询价文件获取方式、时间、地点：**

时间：询价文件获取时间自 2025年9月26日公告挂出后。

地点：成都市金堂县淮口镇淮白路275号。

询价文件获取方式为：网上获取（官网公告附件）

**五、递交响应文件截止时间：** 2025年9月30日下午14时00分（北京时间）

**六、递交询价响应文件：**询价响应文件必须在递交询价响应文件截止时间前送达询价地点。逾期送达或密封和标注不符合询价响应文件规定的询价响应文件恕不接受。本次询价可邮寄询价文件，联系方式及地址见第十条联系方式。

**七、响应文件开启时间：**2025年9月30日下午14时00分（北京时间）

在询价地点开启。

**八、响应文件开启地点：**金堂县第二人民医院（消毒供应中心2楼党员活动室）

**九、响应文件格式：**响应文件应包含承诺函、法定代表人身份证明、法定代表人委托书、报价表、供应商资质文件等（详见第四章）。本次询价响应文件仅需正本一册。

**十、联系方式**

采购人：金堂县第二人民医院

地  址：成都市金堂县淮口镇淮白路275号

联系人：周先生

电 话：13880230517

**（注：本公告最终解释权归金堂县第二人民医院所有。）**

**第二章 项目内容**

**一、项目编号：**jtxeyyhq [2025] 0819号

**二、项目名称：**金堂县第二人民医院眼耳鼻咽喉科消火栓维修整改采购项目

**三、最高限价：**12000元（人民币）

**四、资格要求（实质性要求）：**

1、供应商具有独立承担民事责任的能力；

2、供应商具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、供应商具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、参加本次询价活动前三年内，供应商在经营活动中没有重大违法记录；

6、供应商符合法律、行政法规规定的其他条件；

7、本项目不接受转包、分包及联合体投标

8、特殊资格要求：供应商至少需要具备消防技术服务资质。

★以上内容供应商提供承诺函并盖单位公章。

**第三章 采购项目技术、服务及商务要求**

**（一）服务内容及要求**

**1、服务内容：**

针对五官科三处无水的消火栓进行整改（原消火栓头口径为DN50，更换为DN65），

1、接入方案:新铺设的室内消火栓管网系统（或改造段）与​​医院室外消火栓给水管网连接。前提确认：室外管网需为环状管网，且具备两路可靠水源供水。室外管网管径不小DN100。

2、管材选择：

埋地部分:系统工作压力≤1.20MPa时，采用球墨铸铁管或钢丝网骨架塑料复合管；压力>1.20MPa时，按规范选用加厚钢管或无缝钢管，并加强防腐。管顶覆土≥0.7m（非机动车道）或≥0.9m（机动车道），且在冰冻线下≥0.3m。

3、架空部分：采用热浸锌镀锌钢管。系统工作压力≤1.20MPa用普通镀锌钢管；>1.20MPa且≤1.60MPa用加厚镀管；>1.60MPa用热浸镀锌无缝钢管。采取防冻保温措施（环境温度<5℃区域）。

4、连接方式：​​

埋地球墨铸铁管：柔性接口（机械式、滑入式）或梯形橡胶圈接口. 埋地钢丝网骨架塑料复合管：电熔连接或机械连接。 架空管道：DN≤50采用螺纹或卡压；DN>50采用沟槽连接（卡箍）或法兰连接，避免焊接。管网形式：室内消火栓管网必须布置成环状（除非极小规模且符合枝状条件）。确保任何一段管道检修时，关闭的消火栓不超过5个（竖管不超过1根）管径：主管及竖管管径经水力计算确定，竖管管径不小于DN100。

5、阀门设置：​​

环状管网需用阀门分成若干独立段。每根竖管底部设置隔离阀。

阀门采用明杆闸阀或带启闭刻度的暗杆闸阀（埋地可用耐腐蚀明杆闸阀）。所有阀门有明显启闭标志。

管径：主管及竖管管径经水力计算确定，竖管管径不小于DN100。

6、消火栓设备更换与调试​​

消火栓箱：对无水及老旧的消火栓箱进行更换。箱体安装牢固，标识清晰（红色“消火栓”字样），箱门开启角度≥120°，不被遮挡。

消火栓：采用统一规格的DN65室内消火栓。栓口高度距地面1.1m±20mm，出水方向向下或与墙面垂直。

水带水枪：配备符合要求的衬胶水带（长度≤25m）及当量喷嘴直径16mm或19mm的水枪。

消防软管卷盘：按规范要求，在消火栓旁设置消防软管卷盘（胶带内径≥19mm，喷嘴口径≥6mm）。

减压措施:在管网水力计算后，对栓口动压>0.50MPa的消火栓，安装减压阀或减压孔板，保证压力在0.35MPa（高层等）或0.25MPa（其他）以上且≤0.50M。

**（二）其他要求及商务要求：**

1、服务地点：金堂县淮口镇淮白路275号金堂县第二人民医院。

2、服务时间：合同签订后30日内完成。

3、服务要求：按时保质的完成金堂县第二人民医院眼耳鼻咽喉科消火栓维修整改。

1. 付款方式：验收合格并收到供应商提供的正规发票后15日内，由院方财务部通过转账方式支付全额款项。

5、质保期：1年

6、验收标准：按照《消防给水及消火栓系统技术规范》（GB 50974-2014）执行

7、供应商需提交企业营业执照复印件、资质证书复印件、以及询价活动中所要求的资格要求所涉及相关证明材料复印件、法定代表人授权委托书复印件、授权代理人身份证复印件等相关材料（加盖鲜章），以及报价表原件（详见第四章）。

8、采购人将结合供应商所提供资料，在满足比选文件全部实质性要求的前提下，遵循低价优先中标的原则。（供应商提交过来的比选报价文件为第一次报价，若第一次报价的最低价报价有相同者，则采用第二次报价，第二次报价不得高于第一次报价（详见：第四章）否则视为无效报价）

**注：本章均为实质性要求，不满足做无效响应**

1. **报价表格式**

**报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | **项目编号** |  |
| **供应商全称** |  | | |
| **报价** |  | | |

（注：报价应是最终用户验收合格后的总价，包括所有费用和采购文件规定的其他费用，按要求报价或高于最高限价视为无效报价）

我方承诺上述报价为包干价，包括场地、人工、税费以及该项目有关的其它全部费用。

1、同意向贵方提供贵方可能要求的与本报价有关任何证据或资料。

2、若贵方需要，我方愿意提供我方作出的一切承诺的证明材料。

3、我方承诺不存在以下行为：

（1）提供虚假材料谋取中标、成交的；

（2）采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商的；

（3）与采购人、其他供应商恶意串通的。

报价单位名称（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

地址：

联系人：

电  话：

日  期：       年     月     日

## **供应商需提供投标承诺函，详见附件一**

## **附件一：**

## **投标承诺函**

致：金堂县第二人民医院

本公司 （公司名称）参加 （项目名称）的投标活动，现承诺：

一、我单位满足项目相关资格要求（包括：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.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；5.参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录； 6.法律、行政法规规定的其他条件），并完全满足医院采购公告相关产品授权及商务要求。

二、所递交的响应文件及证明材料相关内容均如实填写，并真实可靠，若采购人在询价过程中发现我方所提供的材料不真实，则我方的参选无效；若中选将取消我方的中选资格，我方不会有异议。

三、我单位完全接受和理解本项目采购文件规定的实质性要求。

四、一旦我方中选，保证按医院管理要求完成相关工作。

五、一旦我方中选，我方将在约定期限内签订采购合同，并严格履行采购合同规定的责任和义务。

六、我方未参与本采购项目前期咨询论证，不属于禁止参加本项目投标的供应商。

七、我方将严格按照相关法律法规的要求参与医院采购活动，积极配合医院营造风清气正的亲清营商环境。不以现金、红包、回扣、有价证券、贵重礼品等任何形式影响采购人采购行为。

八、我单位郑重承诺与本项目其他投标公司无任何关联关系；不组织、不参与任何陪标、围标、串标行为；绝不以他人名义投标，不以任何弄虚作假的方式参加投标。

如违反以上承诺，本公司愿承担一切法律责任。

**供应商名称： （盖章）**

**法定代表人或授权代表（签字）：**

**日期：**

## 二、法定代表人证明

金堂县第二人民医院：

（法定代表人姓名）在（供应商名称）处任（职务名称）职务，是（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

供应商名称： （加盖公章）

日 期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件

### 法定代表人委托书

金堂县第二人民医院：

（供应商全称）法定代表人（法定代表人姓名）授权委托（代理人姓名）为我单位的代理人，参加贵单位组织的“ ”项目（项目编号： ）的市场询价。代理人在本次市场询价中所签署的一切文件和处理的一切有关事宜，我公司均予承认，所产生的法律后果均由我单位承担。

代理人无转委托权，本授权书自年月日签字生效，特此声明。

委托人： （签字）

被委托人： （签字）

供应商名称： （加盖公章）

★说明：1、上述证明文件在响应文件中附有被委托人身份证复印件（须加盖公章）时才能生效；

2、供应商的响应文件均由供应商法定代表人签字的，可不提供本项内容。