**重庆市合川区人民医院**

**关于合川区公立医院病房改造提升项目**

**可行性研究报告编制服务的询价函**

一、询价内容

重庆市合川区人民医院拟委托第三方完成合川区公立医院病房改造提升项目可行性研究报告编制工作，欢迎具有相应资质的供应商参与报价。

二、项目概况

1、项目名称：合川区公立医院病房改造提升项目。

2、项目业主：重庆市合川区人民医院。

3、项目位置：合川区人民医院院内（重庆市合川区南办处希尔安大道1366号）。

4、建设规模与内容：总改造面积约 68000 平方米，对合川区人民医院病房（神经外科抢救病房、神经内科重症病房、儿科病房、妇科病房等）提质改造，包含无障碍病房改造、适老化改造、将三人间病房改造为二人间或单人间等，工程主要有土建、装修和安装及医气工程等。

三、服务要求

1、服务范围：按照国家和行业有关规程规范规定的内容和深度，完成合川区公立医院病房改造提升项目可行性研究报告的编制工作，配合完成国家或行业主管部门的审查、评估以及委托方内部评审等工作并协助完成上级资金争取工作。

2、服务期限：合同签订之日起至可行性研究报告通过相关部门审核止。

四、资格要求

具备建设行政主管部门颁发的工程咨询甲级资信证书

五、质量要求

符合审查和规范要求并通过相关部门技术审查

六、深度要求

按照国家和行业有关规程规范规定的内容和深度

七、报价要求

本项目可行性研究费包括本工程建设内容范围内的可研编制的所有工作，以及协助招标人完成各项审批手续办理的服务人员和相关工作人员的人工成本、劳保、医疗、福利、津贴、保险、差旅费、资料费、各阶段评审专家咨询费及会务费用以及单位的管理费、税金、利润等一切可预见和不可预见费用。

请各潜在供应商务必于2025年3月25日17:30前（以邮箱接收显示时间为限），将报价表电子件报送至邮箱1256107814@qq.com，超过规定时间报送的将不予认可。

八、联系方式

联系人：李老师

电 话：13028360281

**报 价 函**

重庆市合川区人民医院：

我方收到贵单位关于**合川区公立医院病房改造提升项目可行性研究报告编制服务**询价函，经详细研究，决定参加该项目的竞价。

我方愿意按照该项目询价函中的一切要求，提供可行性研究服务。总价包干为人民币大写： （小写RMB： 元）。

竞价单位（公章）：

联系人：

地址： 邮编：

电话： 邮箱：

 年 月 日

**报价明细表**

项目名称： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **单位** | **数量** | **单价** | **合计** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 合计 | 元 |  |

**法定代表人身份证明及授权委托书**

**法定代表人身份证明**

报价人名称：

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 （报价人名称）的法定代表人。

特此证明。

报价人： （盖单位法人章）

 年 月 日

**授权委托书**

本人 （姓名）系 （报价人名称）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 （项目名称）有关事宜， 其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

报 价 人： （盖单位法人章）

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：

 年 月 日

**报价人营业执照：**

**报价人资质证书：**