**封面**

**投标报价文件**

项目名称：2023年-2025年财务报告审计

项目编号：BSRMYY-YNCG-2024-04007

采购人（名称）：重庆市璧山区人民医院

投标人（盖章）：

投标人地址：

联系人：

联系电话：

投标时间：

**投标书**

重庆市璧山区人民医院：

我们收到贵院 的邀标文件（编号 ），经详细研究，愿意参加投标。提交下述文件**正本一份，副本一式三份。文件包括：**

1.供应商资质条件佐证材料（须圈出符合资质要求的经营范围和有效期）。

2.报价表。

3.法人身份证明。

4.法人授权委托书。

5.本项目其他采购人的业绩资料（如合同或发票）。

6.其他可以证明投标人有能力完成本项目的佐证材料（如公司介绍、产品检测报告等）。

7.投标产品相关资料（合格证、医疗器械注册证或备案证、产品参数性能彩页、检验检测报告等）。

8.质保及售后服务承诺。

9.投标廉政承诺。

10.密封档案袋格式要求。

投标单位（盖章）：

法人或被授权代表人（签名）：

年 月 日

**1.供应商资质条件佐证材料（公司营业执照须圈出符合资质要求的经营范围和有效期），本项目要求投标供应商：具有有效的营业执照、税务登记证、组织机构代码及会计师事务所执业证书等相关证件；具有履行合同所必需的专业技术能力，近三年来承担二甲医院及以上财务审计的业绩的证明材料；近三年内没有被国家有关部门予以处罚的记录，并在有关审计工作中没有出现质量问题和不良记录。**

**2.报价表**

**报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **服务内容要求（须完全响应）** | **最高限价（元）** |
| 1 | 2023年-2025年财务报告审计 | 审计目标和范围：对2023至2025年共3年采购人编制的资产负债表和年度收入费用总表、现金流量表、财政补助收支情况表以及财务报表附注和财务情况说明书进行审计。  审计时间要求：会计师事务所应根据招标人的实际情况，合理安排时间，制定周密的审计实施方案，严格按实施方案组织审计。  审计人员配备要求：会计师事务所要切实履行投标书承诺的事项，合理安排审计力量，审计项目组的人员要固定。其中：项目审计负责人必须由6年以上的注册会计师工作经验、业务能力强、承担过二甲医院及以上财务审计的项目负责人担任；项目组成员必须由具有审计从业经验、能胜任审计工作的人员担任。人员的数量应根据审计业务的实际需要，合理安排人数。 | 72000 |
| **商务部分：（须完全响应）**  （一）时间地点及报价要求  1.交付期限：合同签订后，20个工作日完成2023年财务报告审计，2024年和2025年审计报告应在接到采购人通知后20个工作日内完成。  2.服务地点：重庆市璧山区人民医院指定地点。  3.报价要求：本次报价为人民币包干价，包含：人工费、材料打印装订邮寄费、差旅住宿费、交通费、税费、保险费、验收费、鉴定费等完成本项目所需的一切费用。因成交供应商自身原因造成漏报、少报皆由其自行承担责任，采购人不再补偿。  （二）付款方式  分期付款：供应商3年报价折算成每年度费用，完成一年结算一次。付款时，供应商需提供发票、送货验收记录，未及时提供的采购人有权拒付。  （三）合同签订  成交供应商在接到成交通知后20日内与采购人签订合同和购销廉政协议**。**  （四）履约验收  1.成交供应商应在规定的时限完成审计服务并出具加盖鲜章的审计报告，双方签字确认验收。报告内容须公平公正客观，审计过程中有任何疑问须与采购人当面核实。采购人在或第三方检查机构对报告提出疑问，须在10个工作日内书面回复答疑，如报告有误须立即更正并重新出具，因报告内容有误对采购人造成损失应全额赔偿。  2.采购人或第三方机构对报告内容有疑问，供应商未在规定时限回复或更正的，采购人有权委托第三方重新进行审计，相关费用由供应商承担。  （六）售后服务  服务期间免费提供财务审计相关业务电话咨询。  （七）履约保证金  无  （八）踏勘现场  供应商自行组织踏勘现场，现场踏勘应充分了解项目位置、运行情况、周边环境、装卸限制及任何其他足以影响磋商报价的情况，任何因忽视或误解项目情况而导致的服务不达标或服务期延长的，供应商自行承担相关责任。踏勘现场时发生的安全责任事故由供应商自行承担责任，项目实施时不得影响周边居民的正常生活。  （九）违约责任：中标供应商未在约定期限完成交付验收，延迟交付每日支付千分之三的违约金，超过30日未能交付，采购人有权解除合同；验收不合格或使用中发现产品质量缺陷，采购人有权要求供应商整改，整改期限为10日，整改期限届满仍未完成的供应商每日支付千分之三的违约金，超过20日未能完成整改，采购人有权解除合同；采购人在或第三方检查机构对报告提出疑问，供应商未在规定时限回复或更正的，采购人有权委托第三方重新进行审计，相关费用由供应商承担，因报告内容有误对采购人造成损失应全额赔偿。  （十）中选标准：本项目在满足采购人技术和商务要求的情况下采用**最低评标价法中选**。**如超出投标报价、未在规定的时间内上交资料（采购人以收到的时间为准）及资料不齐全的为无效报价。**  （十一）其他要求：1.本次采购过程中如果产生专家评审费将由成交供应商承担；2.中标后需20日内签订采购合同和购销廉政协议，成交供应商拒绝签订或履行采购合同，采购人将向采购平台管理部门书面投诉，同时纳入采购人黑名单进行管理；3.其他未尽事宜由供需双方在采购合同中详细约定；4.本项目不接受联合体参与投标；5.采购人在中华人民共和国境内使用成交供应商提供的货物及服务时免受第三方提出的侵犯其专利权或其它知识产权的起诉。如果第三方提出侵权指控，成交供应商应承担由此而引起的一切法律责任和费用。6.如投标人违反《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国政府采购实施条例》等相关规定，采购人将按规定追究投标人法律责任。 | | | |
| **二、供应商响应情况** | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **名称** | **技术参数是否完全响应** | **商务要求是否完全响应** | **3年服务报价（元）** | | **1** | 2023年-2025年财务报告审计 |  |  |  | | | | |
| **注意：技术参数请在投标产品相关资料中提供佐证材料。**  **供应商名称（盖章）：**  **日期：** | | | |

**3.法定代表人身份证明书**

**法定代表人身份证明书**

（法定代表人姓名） 在（投标人名称） 任（职务名称） 职务，是（投标人名称） 的法定代表人。

特此证明。

投标人全称：（公章）

年 月 日

## 

## 投标人法定代表人授权委托书（格式）

**投标人法定代表人授权委托书（格式）**

邀标文件编号：

邀标项目名称：

日 期：

致：重庆市璧山区人民医院

（投标人名称）是中华人民共和国合法企业，法定地址 。

（投标人法定代表人姓名）特授权 （被授权人姓名、身份证号码、电话号码）代表我单位全权办理对上述项目的投标、谈判、签约、验收等具体工作，并签署全部有关的文件、协议及合同。

我单位对被授权人的签名负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人签署的所有文件（在授权书有效期内签署的）不因授权的撤消而失效。

被授权人签名： 投标人法定代表人签名：

职 务： 职 务：

联系电话：

（附身份证或护照复印件）

投标人公章：

5.本项目其他采购人的业绩资料（如合同或发票）。

6.其他可以证明投标人有能力完成本项目的佐证材料

7.投标产品相关资料（合格证、医疗器械注册证或备案证、产品参数性能彩页、检验检测报告等）

8.**质保及售后服务承诺**

**质保及售后服务承诺**

（主要包括质保期、售后服务网点、响应时间、培训计划等）

9.投标廉政承诺书

**投标廉政承诺书**

根据国家廉政建设的有关规定，为了做好耗材采购过程中的党风廉政建设，保证医院资金的安全和有效使用以及投资效益，我公司做如下廉政承诺：

一、投标人遵守党、国家、行业、医院的廉政纪律要求，已对相关相关人员进行法律法规培训。

二、投标资料真实可靠，不虚假投标，不随意撤回、撤销投标，中选后15天内签署合同。

三、坚持公开、公正、诚信、透明的原则投标，不损害国家、医院及第三方合法权益。

四、建立健全公司内部廉政制度，开展廉政教育，公布举报电话，监督并认真查处违法违纪行为。

五、在采购活动中如有违反廉政规定的行为，及时公开并予以纠正。

六、如需方工作人员有违反廉政纪律要求的行为，将主动向医院纪检监察室进行举报。

七、不得以任何理由向与采购相关的各部门工作人员行贿或赠礼金、有价证券、礼品。

八、不得以任何名义为与采购相关的各部门工作人员报销应由其单位或个人支付的任何费用。

九、不得以任何理由安排与采购相关的各部门工作人员参加宴请及娱乐活动。

十、不得为与采购相关的各部门工作人员购置或提供通讯工具、交通工具和高档办公用品等。

十一、违纪违法责任

我公司违反本承诺给采购方造成损失的，予以足额赔偿；若违反七、八、九、十条规定，发现一次按每次查处金额的10倍支付违约金；签订采购合同后才发现违规行为，按采购合同和医院供应商黑名单制度进行管理，情节严重的采购方有权要求终止合同，对触及刑法者移送司法机关处理。

十二、本承诺作为采购前廉洁竞争承诺，中选后供应商还应单独签订购销廉政协议。

承诺方： （签字并加盖企业公章）

供应商公司名称并盖章：

法人或被授权代表人签名：

年 月 日

10.密封档案袋格式要求

