**浙江中医药大学附属第二医院 （浙江省新华医院）**

**污水处理站沉淀池清淤及污泥委托处置项目市场调研公告**

因医院采购工作需要，为更好地了解供应商服务能力及市场情况，根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定，我院将对采购项目进行前期市场调研活动，请符合条件的供应商积极参与报名。本次调研结果不对外公布，最终以招标结果为准。

1. **项目名称：**污水处理站沉淀池清淤及污泥委托处置
2. **调研地点：**
3. 现场调研形式；
4. 参加现场调研人员：

调研时间为2023年11月17日下午15:00；

1. 调研地址：浙江省杭州市拱墅区潮王路318号7号楼401办公室；
2. 参加调研人员自行携带纸质调研资料。
3. **调研完成后，根据现场调研工作组提出的相关问题及服务优势特点（货物类为产品特性）做好汇总，填写调研承诺书((附件二)，扫描件发送至报名邮箱。**
4. **对符合《政府采购促进中小企业发展管理办法》 (财库(2020)46号)规定的参会代表，参会时提供中小企业声明函或会后补充。**
5. **供应商网上报名**
6. 供应商将资质证件发至邮箱zjsxhyyzwk@126.com。（提供第四条所要求的所有原件扫描件，并编辑信息：**调研项目名称+参会公司名称+参会代表+联系方式+调研方式(现场)；**
7. 报名截止时间为公告之日D+7日的16:00，没有进行邮件报名的，不再接受其他报名方式。
8. **报名确认电话:15715766143； 联系人:邱老师**
9. **调研前供应商必须提供以下电子资质证明文件，经审核合格后，方可参与市场调研，否则取消资格:**

（1）必须是在中华人民共和国内经工商管理部门批准成立的独立法人机构；

（2）法人身份证复印件；

（3）法人授权委托书及被授权人身份证复印件；

（4）供应商必须具备所参与市场调研项目的经营资质证明文件（复印件加盖公章）；

（5）供应商认为有必要提供的其他资料。

1. **供应商参与调研时，必须准备项目服务方案介绍、具有相应服务能力的资质证明、意向报价等资料，一式四份。**
2. **调研项目的需求内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **采购内容** | **数量** | **服务次数** | **采购预算****（万元）** | **说明** |
| **污泥池及污泥浓缩池清理和处置** | **1** | **1** | **4.9** | **含完成污泥池及污泥浓缩池清理所需的人工费、临时通风、安全围栏、污泥脱水车、专用污泥脱水设备药剂、危险品包装袋、吨袋、项目前期报备、照明措施、气体检测仪器、污泥处置备案、污泥规范运输及处置、含税等所有费用。****2、污泥处置费结算按污泥的实际处置重量结算。****3、脱水污泥须按照生态环境主管部门要求，网上申报，主管部门审批后委托专业危废处置单位进行处置。** |

**总体要求：**

1. 符合政府采购法第二十二条规定或符合浙财采监【2013】24号《关于规范政府采购供应商资格设定及资格审查的通知》第六条规定；

2. 具有独立承担民事责任的能力；

3. 参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

**项目联系人：邱老师**，**许老师；电话：**15715766143、13515713390

1. **注意事项：**
2. 征询内容要求如有改变，调研时当面补充说明；
3. 此次市场调研结果将作为采购人制作采购文件的重要参考，请广大供应商客观、如实填报；
4. 此次填报供应商存在弄虚作假，被查证属实的，将依法依规严肃处理。
5. **信息发布网站：**

浙江政府采购网：http://zfcg.czt.zj.gov.cn/

浙江中医药大学附属第二医院：<https://www.xhhos.com/>

                                                浙江中医药大学附属第二医院 总务科

                                                         2023年11月10日

附件一、浙江中医药大学附属第二医院调研意向报价

意向报价

浙江中医药大学附属第二医院：

经慎重考虑，我公司对《浙江中医药大学附属第二医院污水处理站沉淀池清淤及污泥委托处置项目》 的最终报价为：

**总报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 污水处理站沉淀池清淤及污泥委托处置项目 | 项目编号 | / |
| 最终报价 | 人民币（大写） 元（¥（小写） ）； |
| 备注 |  |

报价说明：

报价人特别承诺：

报价人名称：

 法定代表人或其委托代理人： （签字）

 年 月 日

附件二、

浙江中医药大学附属第二医院调研供应商承诺书

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |   |
| 服务单位名称 | （盖章） |
| 服务优势特点 |  |