**危废及有害垃圾处置项目**

**比选文件**

**需方：重庆市公共卫生医疗救治中心**

**二〇一九年三月**

**危废及有害垃圾处置项目比选公告**

1. **比选条件**

重庆市公共卫生医疗救治中心为规范中心废液、报废药品、活性炭、报废灯管（含汞废荧光）、硒鼓等危废和有害垃圾的处置，根据《废弃危险化学品污染环境防治办法》等法律法规，现对我中心危废及有害垃圾处置项目进行竞争性比选招标，欢迎有资格的比选申请人参加投标。

1. **项目概况与处置内容**

2.1 待处理物品接收地点：重庆市公共卫生医疗救治中心歌乐山院区（重庆市沙坪坝区歌乐山保育路109号）以及平顶山院区（重庆市沙坪坝区黄桷湾1号）。

2.2 项目名称：危废及有害垃圾处置

2.3 处理内容（暂估量）：1.废液（二甲苯100g、酒精、盐酸、甲醛）约100公斤/年；2.报废药品预计50公斤/年；3.活性炭100公斤/年；4. 含汞废荧光灯管、硒鼓等；5. 生化池废渣250公斤/年。投标人以暂估数据为准报价，结算以实际产生数据为准。

2.4 服务期限：合同签订后1年内危废及有害垃圾处置。

2.5 处理范围：对危废及有害垃圾（废液、报废药品、活性炭、生化池废渣、含汞废荧光灯管、硒鼓等）的收集、运输、保存、处置。

1. **比选申请人资格要求**

3.1 本次招标要求比选申请人须具备重庆市级环保局认定的有效期内的危险废物经营资质（危险废物经营许可证或经营危险废物的批复文件），提供证书复印件加盖单位公章。

3.2 具有独立的法人资格，持有工商行政管理部门核发的有效企业法人营业执照。

3.3投标人应具有重庆市排放污染物许可证。

3.4 考虑到办理危废物转移手续问题，本项目不接受跨省处置的投标单位。

3.5 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

3.6 具有依法纳税和社会保障资金的良好记录。

3.7 本项目可接受拆分报价（报价中含收集和转运危废、有害垃圾的容器费用）。

（注：投标时需携带：营业执照、危废经营许可证、有害垃圾处置经营许可或批复、专业危化品运输资质（与有资质单位签订运输协议的需另提供运输协议）、排污许可证、缴税证明、法定代表人授权委托书及被授权人身份证。（以上资料应查原件并提供复印件）

3.8 投标人的最终处置方式如不符合《中华人民共和国环境保护法》《废弃危险化学品污染环境防治办法》等国家、地方、行业等相关法律法规，由此造成的一切法律和经济责任由投标人承担。

4.**竞选文件的获取**

4.1 比选公告发布时间：2019年3月15日——2019年3月19日（北京时间）。

4.2 比选文件内容：法定代表人身份证明书及法人授权委托书、比选函、营业执照复印件（盖鲜章）、危废经营许可证、有害垃圾处置经营许可证或批复文件、排污许可证、分项报价明细表和其他资料营业执照、专业危化品运输资质、缴税证明、法定代表人授权委托书及被授权人身份证（以上资料提供复印件并盖鲜章）和其他。

4.3 投标其他条件：需方危废和有害垃圾处置编制工作方案（含储存、收集、转运流程）。**5. 竞选文件的递交**

5.1 投标截止时间：2019年3月20日17时00分（北京时间）。

5.2 投标地点：重庆市公共卫生医疗救治中心后勤保障科

5.3开标时间另行通知。

**6.评标方式：**需方评标小组将根据分项价格及工作方案作综合评标选择中标候选人，并进行公示。

**7. 联系方式**

地 址：重庆市沙坪坝区歌乐山保育路109号

联 系 人：庞老师

联系电话：023-65503417

# 比选文件格式

**目录**

（一）法定代表人身份证明书及附有法定代表人身份证明书的法人授权委托书

（二）比选函

（三）比选申请人营业执照

（四）比选申请人经营许可证或批复文件

（五）其他资料

**（一）法定代表人身份证明书及法人授权委托书**

**法定代表人身份证明**

比选申请人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月日

姓名： （法定代表人亲笔签名）性别： 年龄：

职务：系 （比选申请人名称） 的法定代表人。

特此证明。

比选申请人： （盖单位公章）

年月日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证（双面）复印件 |

注：1、法定代表人的签字必须是亲笔签名，不得使用印章、签名章或其他电子制版签名。

2、法定代表人身份证明须按上述格式填写完整，不可缺少内容。在此基础上增加内容的不影响其有效性。

**授权委托书**

致： （比选人）

本人 （姓名） 是（比选申请人） 的法定代表人，现委托 （姓名） （身份证号码： ）为本单位比选代理人，全权代表本单位全过程参与 （项目名称） 。以我方名义签署、澄清、说明、补正、撤回、修改，签订合同以及处理与比选的其他有关事宜。委托代理人以上行为所产生的法律后果全由我单位承担。比选代理人无权转委托。

委托期限：

代理人无转委托权。

特此委托

比选申请人： （盖单位公章）

法定代表人：（签字）

委托代理人：（签字）

年 月 日

附：法定代表人身份证明。

**（二）比选函**

致：重庆市公共卫生医疗救治中心

（比选申请人名称）系中华人民共和国合法企业，注册地址：。我方就参加本次投标有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受该项目招标文件所有要求。

二、我方提交的所有投标文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三、我方承诺按照招标文件要求，提供招标项目的服务。

四、我方按招标文件要求提交投标文件1份。

五、我方承诺：本次投标的投标有效期为60天。

六、我方投标报价为闭口价。即在投标有效期和合同有效期内，该报价固定不变。

七、如果我方中标，我方将履行招标文件中规定的各项要求以及我方投标文件的各项承诺，按《招标投标法》、《合同法》及合同约定条款承担我方责任。

八、我方理解，最低报价不是中标的唯一条件。

比选申请人 法定代表人或法定代表人授权代表：

（比选申请人公章） （签字或盖章）

年 月 日

**（三）分项报价明细表**

招标项目名称：

单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **数量** | **单位** | **单价** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合计：大写（元） | |  | | | |

比选申请人： 法定代表人或法定代表人授权代表：

（比选申请人公章） （签字或盖章）

年 月 日

注：

1.请比选申请人完整填写本表，备注中包含每项处理过程中包含的费用构成；

2.该表可扩展，并逐页签字或盖章。

**营业执照**

**经营许可证或批复文件**

**其他资料**