**重庆市公共卫生医疗救治中心**

**市有公房社会稳定风险评估项目**

**询价采购文件**

**招 标 人： 重庆市公共卫生医疗救治中心 （盖单位章）**

**二〇二三年八月**

**重庆市公共卫生医疗救治中心市有公房**

**社会稳定风险评估询价采购项目**

## 

## 1. 招标条件

## 本招标项目重庆市公共卫生医疗救治中心市有公房社会稳定风险评估项目已具备招标条件，为规范招标投标活动，防范招标投标风险，加快工程建设步伐，重庆市公共卫生医疗救治中心作为该项目法人，对本项目进行询价采购招标，请有意向的单位参加此次询价采购招标项目。

## 2. 项目概况与招标范围

2.1 项目名称：重庆市公共卫生医疗救治中心市有公房（黄桷湾2号及3号）社会稳定风险评估项目。

2.2 项目概况：中心市有公房房屋为市有公房，中心仅有该房屋使用权，供职工和退休职工租赁使用，共有42间房，实际居住30户。要求对重庆市公共卫生医疗救治中心市有公房（黄桷湾2号及3号）社会稳定风险评估项目实施开展社会稳定风险评估工作，并出具社会稳定风险评估报告。具体事宜以项目业主要求为准。

2.3服务内容：编制重庆市公共卫生医疗救治中心市有公房社会稳定风险评估并通过相关部门评审并备案。、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.4 招标范围:本次招标范围为重庆市公共卫生医疗救治中心市有公房（黄桷湾2号及3号）社会稳定风险评估项目。

2.5 服务质量：符合国家和地方有关的法律、法规。

## 3. 投标人资格要求

《沙坪坝区培育发展的社会稳定风险第三方评估机构名单（2021年-2023年）》下企业、企业营业执照复印件（加盖公章）。

## 4. 投标报价及编制周期

## 4.1投标报价：本项目采用总价合同，报包干价。本项目最高限价2.5万元，投标人所报价格小于（含等于）最高限价的报价为有效报价，大于最高限价的报价为无效报价。

## 4.2编制周期：签订合同后10个工作日内完成现场察工作后，5天内出具风险评估报告，并按相关部门要求完成专家评审。

## 5. 确定中标人

5.1 评标方法：本工程按总价最低报价确定中选单位。所有有效参选报价中参选总报价最低者为第一中选候选人，其次为第二中选候选人，依次类推，确定三名中选候选人。

5.2 当报价相等时，具备征地拆迁或拆违等类似社会稳定评估项目服务经验的择优。

(提供业绩合同扫描件核验，未提供或不满足将不被择优)

## 6. 付款方式

服务单位按要求完成重庆市公共卫生医疗救治中心市有公房社会稳定风险评估项目并提交书面报告，通过专家评审及信访办备案。经甲方审核同意后，服务单位提供足额有效的增值税发票一次性支付评估服务费。

1. **领取比选文件时间**

请于2023年 8月21日至2023年 8月 25日，每日上午9时至12时，下午14时至17时（北京时间，下同），在重庆市公共卫生医疗救治中心后勤保障科（地址：重庆市沙坪坝区歌乐山保育路109号）持本邀请书获取比选文件。

## 8.递交投标报价文件

8.1 投标文件的递交时间：投标文件递交的开始时间为2023年8月28日10时 00分（北京时间），投标文件递交的截止时间为2023年8月28日 10时30分（北京时间），逾期送达的或者未送达指定地点的投标文件，比选人不予受理。

8.2 递交投标文件地址：重庆市公共卫生医疗救治中心后勤保障科

8.3 邮编：400036

8.4 收件人：钱老师

## 9. 开标时间及地点

9.1 开标时间：另行通知

9.2 开标地点：另行通知

## 10. 联系方式

招标人：重庆市公共卫生医疗救治中心

地 址：重庆市沙坪坝区歌乐山保育路109号

联系人：钱老师

电 话：65503417

2023年8月21日

**投标文件格式：**

# （一）投 标 承 诺 书

致： （招标人）

1、我方已仔细地研究了 项目询价比选文件的全部内容，根据考察及提供的资料，我方愿以总价人民币（大写） (¥　 元）的报价作为本项目的投标报价。按项目选址、合同条款约定等要求实施和完成项目社会稳定风险评估报告编制工作。并经相关部门评审通过，取得备案文件。

2、如我方中标：

（1）我方保证在 日历天内完成本工程约定的咨询任务。。

（2）我方保证，在咨询费结算时不以任何理由加价。

投标人：（盖章）

法定代表人或其委托代理人：（签字或盖章）

单位地址：

邮政编码：

电 话：

日 期： 年 月 日