2025年泸西县中医医院下水道疏通服务采购项目

采购文件

项目编号：lxxzyyycg-2025-0402

采 购 人：泸西县中医医院

第一章 2025年泸西县中医医院下水道疏通服务采购项目采购公告

一、项目基本情况

项目编号：lxxzyyycg-2025-0402

项目名称：2025年泸西县中医医院下水道疏通服务采购项目

预算金额：15000.00元（最终按实结算）

最高限价：100元/次

采购需求：对泸西县中医医院（新院、老院、光荣院）各科室日常下水道进行疏通。

合同履行期限：壹年；

本项目不接受联合体投标。

二、申请人的资格要求：具有三证合一的有效营业执照。

三、提交响应文件截止时间及方式

2025年04月15日17:00前，将密封好的纸质版响应文件（一份）盖章后邮寄至泸西县中医医院采购办。

四、公告期限

自本公告发布之日起3个工作日。

五、其他补充事宜

本次采购公告在泸西县中医医院官网（<http://www.lxxzyyy.com/xinwenzhongxin/zbcg/>）上发布。

六、对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

采购人信息

名 称：泸西县中医医院

地址：泸西县中枢镇文秀路

联系方式：18487050815

第二章 响应文件格式

**（项目名称）**

**响 应 文 件**

**投标人：** **（盖单位公章）**

**法定代表人或其委托代理人：** **（签字或盖章）**

**日 期：** **年** **月** **日**

（一）报价表

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 | 内 容 |
| 报 价 | \_\_\_\_\_元/次 |
| 合同履行期限 | 壹年 |

申请人： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系方式：

填表时间： 年 月 日

1. 法定代表人身份证明书

申请人名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （申请人名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证

申请人： （盖单位公章）

年 月 日

1. 授权委托书

本人 （姓名） 系 （申请人名称） 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、递交、撤回、修改 （项目名称） 响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：授权委托代理人身份证

申请人： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

年 月 日

（四）申请人基本情况

附：三证合一的有效营业执照