## **附件：**

**保亭黎族苗族自治县人民医院**

**（保亭黎族苗族自治县医疗集团总医院）**

**电梯维保服务询价采购清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 数量（台） | 单价（元） | 合计 |
| 电梯维保 | 15 |  |  |
| **合计金额：（大写）： 元整 ，（小写）： 元** |

以上报价含税、含人工运输安装费、包含施工过程中可能产生的其他费用。**参与报价的供应商如有需要可自行现场堪察，有施工疑问可来电咨询总务科0898-83603712。**

**（需提供本项目执行标准目录内所要求的检测报告、设备产品合格证明材料）**

报价单位： （盖章）

联 系 人： 身份证号：

## 电 话： 日 期：2024年12月 日

**服务内容及要求：**

1.投标人需要在保亭有固定办公场所，须提供2个及以上电梯维保服务业绩。

2.按照相关规范定期对15部电梯进行保养（不包括所需配件），接到维修通知后必须在20分钟内到达现场。

**项目款支付方式**

经考核合格后每季度支付一次服务费。

**投标人将严格按以下要求及格式制作资料，并附在报价材料中：**

**1.报价一览表**

 **电梯维保服务报价表**

**项目名称：电梯维保服务项目**

**项目编号：BYCG-2024-038**

|  |  |
| --- | --- |
| **机构名称** |  |
| **报价金额** | **大写： 人民币****小写：￥ 元** |
| **合同履行期限** | **3年（以实际协议为准）** |

## **机构名称： （填写单位名称并盖章）**

**法定代表人或授权人代表： （签字或盖章）**

**联系电话：**

**日期：2024年12月 日**

说明：本表价格一栏空白，落款处供应商名称（盖章）处须有供应商加盖公章，否则本次报价无效，将采用投标报价作为最终报价，供应商应尽量避免书写错误。

**注:**①报价应包括文件所规定的采购范围的全部内容； ②报价总计包括一切相关费用（含质保期内更换全新配件产品费用、产品安装调试费、税费、质保期外的维修费等）。

**2.法定代表人授权书格式**

**法定代表人授权书**

**致保亭黎族苗族自治县人民医院：**

兹授权： 先生/女士作为我公司的合法授权代理人，参加保亭黎族苗族自治县人民医院组织的电梯维保服务项目（采购编号：BYCG-2024-038）采购活动。

**授权权限：**全权代表本公司参与上述项目的采购活动，并负责一切响应文件的提供与确认，其签字与我司公章具有相同的法律效力。有效期限：与件中标注的投标有效期相同，自法定代表人签字之日起生效。

被授权人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

公司名称： （公章） 营业执照号码：

法定代表人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

生效日期：2024年12月 日

 **法定代表人**

 **居民身份证复印件粘贴处**

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**注：本授权书内容不得擅自修改。**