|  |
| --- |
| 大邑县第二人民医院关于“2023年度财务审计”采购项目 |
| 询 |
| 价 |
| 通 |
| 知 |
| 书 |
| 中国·四川·成都 |
| 大邑县第二人民医院关于“2023年度财务审计”采购项目 |
| 询价通知书 |
|  大邑县第二人民医院（采购人）拟对关于“2023年度财务审计”采购项目以询价方式进行采购，欢迎广大响应人参加该项目的采购。 |
| 一、项目编号：20240823 |
| 二、项目名称：2023年度财务审计 |
| 三、预算金额（最高限价）：2万元。 |
| 1. 采购内容：大邑县第二人民医院拟采用询价比选采购该项目，内容即为采购项（2023年度财务审计）。

2023年度财务审计：预算控制价为2万元。 |
| 五、响应人参加询价应当具备的资格条件： |
|  1、符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的相关规定； |
|  2、响应人参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法违规记录（提供信用报告及响应人无违法违规行为的承诺书，在采购结果公示期结束前一经查实有违法违规将取消其响应人资格或中标候选人资格）。 |
| 六、响应人参加询价应当提供的资格证明材料（均需加盖单位公章）： |
|  1、企业信用报告； |
|  2、法定代表人或单位负责人身份证复印件； |
|  3、法定代表人或单位负责人授权委托书原件及授权代表的身份证复印件； |
|  4、①比选申请人若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；未换证的提供“营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一的营业执照”；②若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；未换证的提交“事业法人登记证书、组织机构代码证”；③若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”；④若为个体工商户：提供“统一社会信用代码营业执照副本”或“营业执照、税务登记证”⑤若为自然人：提供“身份证明材料”。以上均提供复印件。 上述证明材料均须加盖公章（鲜章），相关证明材料附后。 |
| 七、报名时间及地点： |
|  报名时间：2024年8月 23日至 2024年 8月29日，上午 08：30-下午 17：00（北京时间）。 |
|  报名地点：成都市大邑县第二人民医院后勤科。 |
| 1. 递交响应文件截止时间：2024年8月29日下午17:00（北京时间）。
 |
| 九、递交响应文件地点：响应文件必须在递交响应文件截止时间前送达大邑县第二人民医院后勤科。逾期送达、未密封和标注错误的响应文件，恕不接收。本次采购不接收邮寄的响应文件。 |
| 十、评审时间：采购人根据实际情况确定评审时间。 |
| 十一、联系人及联系电话： |
|  采 购 人：四川省成都市大邑县第二人民医院 |
|  联 系 人：钱老师 |
|  联系电话：028-69335120 |
|  地 址：大邑县安仁镇千禧街181号附2号 |
|  |
|  |
| 大邑县第二人民医院 |
|   |
| 关于“2023年度财务审计”项目 |
|   |
| 报价函 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | 项目名称 | 报价（万元） | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| 根据实际情况调整报价函  |
|  报价单位：  |
|  联 系 人：  |
|  电 话：  |
|  报价日期：  |