**深圳市光明区人民医院**

**院内竞价文件**

**项目名称：共享轮椅投放服务**

**项目编号：FWJJ-2025-031**

**深圳市光明区人民医院 服务类 项目竞价文书**

根据《深圳市光明区人民医院采购管理办法》等有关规定，深圳市光明区人民医院就该项目进行院内竞价。特邀请符合条件的单位前来响应。

一、项目基本信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | 项目名称 | 金额（元/台/月） | 备注 |
| FWJJ-2025-031 | 共享轮椅投放服务 | 25 | 医院收取服务费 |

二、服务提供的时间、地点

1．时间：具体时间以合同签订为准。

2．服务地点：深圳市光明区人民医院。

三、响应方式及时间、评审时间和地点

1.响应文件递交截止时间： 2025年 6月23日（周一）下午17:00（北京时间）。

2.响应文件**（一正二副）**按附件2目录编页码并装订成册，用文件袋密封并在封套的封口处加盖单位公章后投递至地址：深圳市光明区人民医院西院区行政办公楼1栋4楼401采购部

3.电子响应文件：响应文件签字盖章后扫描并置于U盘中，与纸质文件一并密封。

4.竞价时间：2025年 6月24日（周二）（竞标单位无需到场）。

四、单位资格要求

1.参与公司的企业营业执照复印件。

2.响应人承诺参与本项目前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；参与本项目政府采购活动时不存在被有关部门禁止参与政府采购活动且在有效期内的情况；响应人具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款的条件；响应人未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单；响应人不围标、不串标。

3.本项目不接受联合体报名，不允许转包、分包参与报名。

**说 明：**参与公司须按照以上资格要求提供相关证明材料备查。参与公司提供虚假资料被查实的，将取消本项目成交资格，并列入不良行为记录名单，三年内禁止参与深圳市光明区人民医院采购活动。

1. 技术要求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **具体内容** |
| 1 | **项目概况** | 共享轮椅项目旨在为来院就医行动不便的市民提供便捷的服务。用户只需通过手机微信或支付宝扫描二维码，即可实现扫码租赁、还车和支付等操作。共享轮椅采用限时免费+有偿服务的方式供市民使用，这种方式不仅解决了特殊人群就医不便的难题，也为市民提供了更多的选择。‌ |
| 2 | **服务范围** | 为市民提供共享轮椅限时免费和租借服务，涉及东西院区和新院区。 |
| 3 | **服务内容** | （1）投放的设备为全新且能够正常使用的质量合格的轮椅。  （2）轮椅技术要求  1）符合GB/Z13800-2021手动轮椅车国家标准，投标时同时提供：①由第三方检验检测机构出具并加盖（或带有）CMA及CNAS标志的检验检测报告扫描件，原件备查；②上述检验检测报告在全国认证认可信息公共服务平台（认e云）（http://cx.cnca.cn/）的信息查询记录截图；  2）配备安全带；  3）具有保险公司合法有效产品保单。  （3）归位桩技术要求  1）模式：“归位桩+轮椅”方式管理，确保每台共享设备有序插入到归位桩上锁；  2）连接方式：非软链设计，强制收纳，归还即有序；  3）组合：支持1桩1椅投放及1桩+n椅组合方式，一个桩位对应一个二维码，根据招标人的需求灵活投放、随时调整或扩充；  4）电源管理：锂电池供电，无需使用交流电，规避外接电源触电安全隐患；  5）归位桩摆放：无需破土动工。  （4）租借系统技术要求  1）租借方式：无需安装APP，支持支付宝或微信扫码租借；  2）信用免押：支持微信或支付宝信用免押扫码租借（支付宝芝麻信用600分以上，微信支付分550分以上，可享受免押租借）；  3）押金代收：支付宝或微信信用不够的用户，采用押金方式确保租赁人租赁共享轮椅后能够规范使用和及时归还，网络平台代收租赁人押金不得超过300元。申请押金退还时，同步支付宝或微信的退款规则，零钱或余额宝支付的押金，秒退到租赁人账户；  4）免费时段：每台轮椅提供24小时内至少60分钟免费使用；  5）收费标准：每台轮椅在免费时段结束后，按不超过6元/小时收取租金，租金上限不超过50元/24小时，超过部分不再收取，租金归中标人所有，租金收取方式为微信或支付宝在线支付，如租赁人48小时未归还轮椅，由中标人负责联系提醒租赁人归还并追回后告之招标人备案。在中标人软件界面，在租赁人开锁租赁前，须提供详细的租赁收费规则说明；  6）无广告净化租赁界面，承诺无广告运营；  7）租借系统可实现远程升级与迭代管理、远程开锁。  （5）每月工程师对共享轮椅进行2次检修。  （6）对投放的共享轮椅购置不低于200万产品责任保险，并提供报单凭证。  （7）对投放的共享轮椅进行第三方检测，并提供检测报告。  （8）有专业运维团队和详细严谨的项目运营维护和售后服务方案。  （9）具有履行合同所必需的设备和专业服务能力。 |
| 4 | **人员要求** | 要求投入使用的共享轮椅有专人管理，配备专业的运维团队。 |
| 5 | **设施要求** | （1）对投放的共享轮椅购置保险200万产品责任保险。  （2）对投放的共享轮椅出具第三方检测报告。  （3）对投放的共享轮椅进行明确的责任划分。  （4）共享轮椅线上客服24小时响应。  （5）要求设备故障维修48小时内到场进行维修。  （6）要求线上和线下公示设备故障及维修服务电话。  （7）投放的共享轮椅符合GB/Z13800-2021 手动轮椅车国家规定标准。投标时同时提供：①由第三方检验检测机构出具并加盖（或带有）CMA及CNAS标志的检验检测报告扫描件，原件备查；②上述检验检测报告在全国认证认可信息公共服务平台（认e云）（http://cx.cnca.cn/）的信息查询记录截图。 |
| 6 | **其他要求** | 共享轮椅投放数量及安装地点根据医院实际要求进行投放。 |
| 7 | **响应单位 资格要求** | 1）投标人必须具有独立法人资格，具有独立承担民事责任能力，提供营业执照副本原件扫描件；  2）必须在全国有3家及以上三甲医院的服务案例，并需提供同类项目投放合作协议复印件。 |

1. 商务要求**（实质性条款，必须完全响应，不能满足，将导致无效投标）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **具体内容** |
| 1 | **报价要求** | **☑标准：**投标价格（人民币）是每台设备每月服务费  按照实际投入使用的共享轮椅数量核算金额，核算方式为：  服务费总金额=单价（元/台/月）\*投放的总台数\*月份数 |
| 2 | **付款方式** | 1）合同签订后15工作日，支付预付款 5000元 的固定金额；  2）合同周期结束后15个工作日内，向采购方支付当年实际租赁金额扣除预付款后的剩余款项。 |
| 3 | **服务地点** | 深圳市光明区人民医院东、西院区和新院区。 |
| 4 | **服务期限** | 自合同签订之日起一年。本项目为长期服务项目，本项目合同履行期限满后，采购单位可根据中标(成交)供应商履约情况决定合同是否续签，但总合同履行期限最长不超过3年，且合同一年一签。 |
| 5 | **售后要求** | 投入的轮椅管理桩上须有24小时客服热线电话和联系人，必须有微信轮椅维护群及时处理和应对紧急情况。 |
| 6 | **违约金** | 违约金为占中标价的20%（医院规定不得低于20%） |
| 7 | **违约责任** | 中标单位在责任期内，应当履行合同中约定义务，如因中标单位过失产生事故，造成使用方身体及经济损失，应当向使用方赔偿。  中标单位对投放的共享轮椅购置不低于200万的产品责任保险，并提供报单凭证。 |

七、评审方法

本项目为乙方向甲方支付服务费，故成交方法采用最高价法，完全满足公开竞价文件的实质性要求，按照报价由高到低的顺序，确定成交候选单位顺序。原则上最高报价的1家为成交单位。当最高报价出现有二家或以上单位时，由采购人自主选择1家报价最高的单位为成交人。如成交单位提供产品无法满足采购人要求的，采购人可按成交候选单位顺序依次选择下一家成交候选单位替代原成交单位。

八、签订合同

1.中选单位于采购人发布结果公告后，3个工作日内按采购人指定的时间地点与签订合同。

2.“采购文件”、中选单位的“响应文件”及其相关文件等，均为签订合同的依据。

3.如果由于中选单位原因不能在规定的时间内签订合同，或发现中选单位在采购过程中有弄虚作假情况，将取消其中选资格，并将合同依次授予下一个响应单位，或重新采购。

采购解释权归属于深圳市光明区人民医院。

**附件：**1.响应文件封面

2.响应文件目录

3.报价表

4.法定代表人资格证明书

5.法定代表人授权委托书

6.响应承诺书

7.条款偏离表

深圳市光明区人民医院

2025年 6月20日

（联系人：苏钏，联系电话0755-27165666-89411）

### 附件1：封面

深圳市光明区人民医院

响应文件

**项目编号：**

**项目名称：**

**单位名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

**联系地址：**

### 附件2：

**响应文件目录**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **装订**  **顺序** | **材料名称** | **材料**  **要求** | **格式**  **要求** | **页码** |
| 1 | 响应文件封面 | 原件 | 见附件1 | 按实际编排 |
| 2 | 响应文件目录 | 原件 | 见附件2 | 按实际编排 |
| 3 | 响应单位基本情况表 | 原件 | 见附件3 | 按实际编排 |
| 4 | 各类人员社会保险证明 | 原件及清晰复印件 | 见附件4 | 按实际编排 |
| 5 | 响应单位控股及管理关系情况申报表 | 原件 | 见附件5 | 按实际编排 |
| 6 | 响应承诺函 | 原件 | 见附件6 | 按实际编排 |
| 7 | 营业执照或其他相关证照 | 清晰复印件 |  | 按实际编排 |
| 8 | 法定代表人资格证明书 | 原件 | 见附件7 | 按实际编排 |
| 9 | 法定代表人授权委托书 | 原价 | 见附件8 | 按实际编排 |
| 10 | 法定代表人及授权委托人的身份证 | 清晰复印件 |  | 按实际编排 |
| 11 | 报价表 | 原件 | 见附件9 | 按实际编排 |
| 12 | 偏离表 | 原件 | 见附件10 | 按实际编排 |
| … | …… | …… | …… | …… |

附件3：

**响应单位基本情况表**

填表单位：（加盖单位公章） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购人 | |  | | 项目名称 | |  | |
| 响应单位名称 | |  | | 响应单位统一社会信用代码 | |  | |
| **响应单位相关人员情况** | | | | | | | |
| 序号 | 职务 | | 姓名 | 身份证号码 | | 劳动合同  关系单位 | 缴纳社会  保险单位 |
| 1 | 法定代表人/单位负责人/主要经营负责人 | |  |  | |  |  |
| 2 | 项目投标授权代表人 | |  |  | |  |  |
| 3 | 项目负责人 | |  |  | |  |  |
| 4 | 主要技术人员 | |  |  | |  |  |
| 5 | 投标文件编制人员 | |  |  | |  |  |
| **说明：同一职务有多人担任（如主要技术人员），应分行填写。** | | | | | | | |
| **响应单位关联关系情况** | | | | | | | |
| 序号 | 关联关系类型 | | 关联主体名称 | | 备注 | | |
| 1 | 控股股东 | |  | | 指出资额（或持有股份）占投标（响应）响应单位资本总额（或股本总额）50%以上的股东，以及出资额（或持有股份）的比例虽然不足50%，但依其出资额（或持有股份）所享有的表决权已足以对投标（响应）响应单位股东会（或股东大会）的决议产生重要影响的股东。 | | |
| 2 | 管理关系 | |  | | 指对投标（响应）响应单位不具有出资持股关系，但对其存在管理关系的主体。 | | |
| **说明：同一关联关系类型有多个主体的，应分行填写。** | | | | | | | |

附件4：

**各类人员社会保险证明**

提供法定代表人、主要经营负责人、项目投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员 最近 一个月的社会保险证明。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **人员类别**  **（法定代表人、主要经营负责人、项目投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员等）** | **姓名** | **社保缴交单位** | **备注** |
| 1 | 法定代表人 |  |  |  |
| 2 | …… |  |  |  |
| 3 | …… |  |  |  |
| 4 | …… |  |  |  |
| 5 | …… |  |  |  |

※后面另外附上表内个人社保证明清晰复印件

注：

1.响应人应如实提供上述人员的社会保险证明，如上述人员的社会保险未由响应人缴纳，亦须提供相应单位为其缴纳的社会保险证明。

2.响应人为新成立企业且成立时间不足一个月可提供加盖响应人公章的情况说明或者证明材料亦视为符合。

3.若为退休人员，提供退休证明。

4.如依法不需要缴纳社会保险的，应提供相应文件证明。

5.若因为社保部门或税务部门原因无法提供的，需提供劳动合同及社保部门或税务部门官方通知证明（或官网公告截图）。

6.如本项目未安排项目投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员的，无需提供投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员的社保。

附件5：

## 响应单位控股及管理关系情况申报表

根据法律法规维护投标公正性的相关规定，特就本单位控股及管理关系情况申报如下，并承担申报不实的责任。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报人名称 |  | | | |
| 法定代表人/单位负责人 | 姓 名 |  | | |
| 身份证号 |  | | |
| 控股股东/投资人名称  及出资比例 | 姓名（自然人） | 身份证号 | 出资比例（%） | |
|  |  |  | |
| … | … | … | |
| 名称（非自然人） | 出资比例（%） | | |
|  |  | | |
| … | … | | |
| 非控股股东/投资人名称  及出资比例 | 姓名（自然人） | 身份证号 | | 出资比例（%） |
|  |  | |  |
| … | … | | … |
| 名称（非自然人） | 出资比例（%） | | |
|  |  | | |
| … | … | | |
| 高级管理人员 | 姓名（自然人） | 身份证号 | | |
|  |  | | |
| … | … | | |
| 管理关系单位名称 | 管理关系单位名称 |  | | |
| 被管理关系单位名称 |  | | |
| 备注 |  | | | |

响应单位名称：　　　　　 　　　（盖单位公章）

法定代表人（负责人）（签字或盖章）或者其委托代理人（签字）：

日 期： 年 月 日

**注**：

1.控股股东/投资人是指出资比例在50%以上，或者出资比例不足50%，但享有公司股东会/董事会控制权的投资方（含单位或者个人）。

2.高级管理人员是指公司的董事、监事、总经理、副总经理以及公司在国家企业信用信息公示系统列示的其他主要人员。

3.管理关系单位是指与不具有出资持股关系的其他单位之间存在管理与被管理关系的单位。管理关系单位是指投标人的上级单位，被管理关系单位是指投标人的下级单位。

4.如未有相关情况，请在相应栏填写“无”。

5.响应人应如实填报本单位控股及管理关系人员信息，如存在隐瞒真实情况，提供虚假资料的，经查实主管部门将依据《深圳经济特区政府采购条例》第五十七条的规定进行处罚。

附件6：

**响应承诺书**

致：深圳市光明区人民医院

本竞标单位在参与深圳市光明区人民医院采购过程中做出如下承诺：

1.拥护国家治理政府采购领域商业贿赂工作决策，自觉遏制商业贿赂行为；近三年内无重大违法记录，未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单，无恶意串通投标等相关政府采购不良行为记录。

2.不向竞标单位代表、评审专家和采购部门行贿或者提供其他不正当利益。

3.严格执行采购文件，在评审过程中不与采购人代表私下协商谈判。

4.不与采购人代表、采购部门或者其他竞标单位恶意串通。

5.保证公平竞争，按照采购文件规定要求提供证明材料，不提供虚假材料谋取成交资格。

6.自觉维护采购市场秩序，不以不正当手段诋毁和排挤其他竞标单位。

7.按照采购内容和标准，在规定时限内与采购人签订采购[合同](http://www.fdcew.com/gw/List_211.html" \t "_blank)。

8.成交后严格履行合同，不与采购人代表私自更改合同或降低合同标准，损公肥私。

 如违背上述承诺，自愿被取消项目中选资格，列入不良行为记录名单，三年内被禁止参与深圳市光明区人民医院采购活动，并接受有关法律、[法规](http://www.fdcew.com/fgwk/" \t "_blank)、规章、[制度](http://www.fdcew.com/hypx/List_177.html" \t "_blank)的处罚。

竞标单位名称（盖章）：

法定代表人（签名）：

日期：        年    月    日

### 附件7：

### 法定代表人资格证明书

单位名称：

地 址：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系的法定代表人，签署上述项目的响应文件、进行合同谈判、签署合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

竞标单位（盖章）：

日期： 年 月 日

### 附件8：

### 法定代表人授权委托书

致深圳市光明区人民医院：

（竞标单位全称） 法定代表人 （姓名、职务） 授权 （被授权代表姓名、职务） 为本公司合法代理人，参加贵院组织的 (项目名称)（项目编号） 项目的投标活动，代表本公司处理采购活动中的一切事宜。竞标单位代表在投标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司均予以认可并对此承担责任。

竞标单位代表无转委权。特此授权。

被授权人： 职务：

联系电话： 手机：

身份证号码：

竞标单位（盖章）：

法定代表人（签名）：

被授权人（签名）：

授权委托日期： 年 月 日

### 附件9：

### 报 价 表

单位：元/台/月

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 单位 | 每台设备每月缴纳予甲方费用 | |
| 底价 | 报价 |
| 1 | 共享轮椅 | 台 | 25 |  |

竞标单位名称（盖章）：

法定代表人或被授权人（签名）：

日期： 年 月 日

附件10：

**技术参数及商务条款偏离表**

**说明：**

1.响应单位必须对应采购文件的“项目技术参数”及“商务条款”的内容逐条响应。如有缺漏，缺漏项视同不符合招标要求。

2.偏离情况一栏请填入“正偏离/无偏离/负偏离”。

3.“★”号条款为实质性条款，必须完全响应，有任何一条未响应或者负偏离则导致无效投标。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购规格/要求** | **响应实际参数**  **(竞标单位应按响应实际提供数据填写，不能照抄采购要求)** | **是否偏离 （无偏离/正偏离/负偏离）** | **偏离简述** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 共享轮椅计划投放数量表 | | | |
| 序号 | 院区 | 数量/台 | 备注 |
| 1 | 东院区 | 9 |  |
| 2 | 西院区 | 20 |  |
| 3 | 新院区 | 21 | 待新院区启用后方可投放共享轮椅（以新院区启用时间为准） |
| 4 | 合计 | 50 |  |