**江苏信息职业技术学院**

**灭火器换药采购项目询价通知书**

江苏信息职业技术学院招投标办公室受学校委托，现就灭火器换药采购项目进行询价采购，欢迎具备资格条件的供应商参与报价。

一、采购文件编号：SB2016-54

二、采购项目名称：**灭火器换药采购**

三、最高限价：16000元

四、采购内容：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 规格型号 | 单位 | 数量 | 备注 |
| 1 | 灭火器换药 | 干粉，co2，泡沫 | Kg | 1500 |  |
| 2 | 灭火器零部件更换 |  | 只 |  | 按实计算 |
| 3 | 消防演练配合 |  | 项 | 1 | 自带5只火盆及点火工具 |
| 4 | 人工及运费 |  | 项 | 1 |  |

要求：中标单位应积极配合保卫处做好消防灭火演练。在11月9日之前将保卫处指定的灭火器搬至校园内指定位置，并于9号下午配合学院师生进行灭火演练。演练结束后搬走换药，需在1个星期内全部换好药并送回学校。

五、商务及合同条款要求：

1.供应商提供的货物质量必须达到国家标准。

2.报价应包含运输、保险、安装、调试、税费等所有费用。

3.交货时间：一周内完成。

4.交货地点：无锡市惠山区钱藕路1号 江苏信息职业技术学院

5.项目验收：采购人组织验收，在项目验收单上签字确认。

6.付款方式：验收合格后一次性付款。

7.质保期：一年

8.其他：

六、供应商资格要求：

参加本次招标活动的投标人除应当符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的规定外，还必须具备以下条件：

1.经国家工商行政管理机关注册的企业法人。

2.具有灭火器维修换药许可证。

七、询价报名时间及报价要求：

1.报价文件要求：书面报价（附件1）必须有授权代表签字，加盖公章。附营业执照复印件、法定代表人身份证复印件。授权代表还需提供法人授权委托书原件、授权代表的身份证复印件（附件2、附件3），以及具有灭火器维修换药许可证的证明材料。报价书装订、密封后按要求的时间、地点递交，否则无效。

2.报价文件截止时间：2016年11月07日14：00。

3.报价文件递交地点：江苏信息职业技术学院行政楼119房间

八、联系方式：

联系人：王老师

联系电话：051083296818，15261532960

联系地址：无锡市钱藕路1号江苏信息职业技术学院

江苏信息职业技术学院

 招投标办公室

 2016年11月04日

附件1：

**江苏信息职业技术采购 项目询价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 型号规格 | 技术参数和要求 | 单位 | 数量 | 单价（元） | 合价（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 金额合计 | **大写人民币**  |   |  |

投标人名称：（章） 法人或授权代表（签名）： 日期：

附件3

**法定代表人资格证明**

单位名称：

地址：

姓名：         性别：     职务：

身份证号码：          ，系  （投标人名称）  的法定代表人，以本公司名义参加   (项目名称) 、项目编号： 招标采购的投标活动，代表本公司签署投标文件、进行合同谈判、签订合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

 投标人名称：        （公章）

   日期：     年  月  日

法人代表身份证复印件粘贴处

附件4

**法定代表人授权书**

本授权书声明：注册于（国家或地区的名称）的（公司名称）的在下面签字的 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的（公司名称） 的 （被授权人的姓名、职务 ） ，身份证号码：          ,为本公司的合法代理人，参加（项目名称） 、项目编号：          的投标，以本公司名义处理与之有关的一切与事务。

本授权书于\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日签字生效。

法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被授权人签字： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

投标人名称： （公章）

日期：        年     月     日

被授权人身份证复印件粘贴处