

报价文件

项目名称：广州市黄埔区中医医院个人剂量卡监测服务采
购项目

项目编号：BOZ2026061101

供应商名称（盖章）：

目录

一、 响应函	3
二、 报价表	5
三、 法定代表人证明	6
四、 授权委托书	7
五、 供应商资质	8
六、 人员资质	12
七、 设备要求	13
八、 项目需求满足情况	14
九、 业绩资料	16
十、 响应情况附件	17

一、响应函

广州市黄埔区中医医院：

你方组织的《广州市黄埔区中医医院个人剂量卡监测服务采购项目》（编号：BOZ2026061101），我方自愿参加。

我方确认已详阅该项目采购公告全部内容。

我方在参与前已详阅了采购公告的所有内容，我方完全明白并认为此采购文件没有倾向性，也不存在排斥潜在供应商的内容，我方同意采购文件的相关条款，放弃对采购文件提出误解和质疑的一切权利。

我方正式授权（授权代表全名，职务，联系电话）代表我方全权处理参加本项目的一切事宜。

我方已完全明白采购文件的所有条款要求，并声明如下：

（一）按采购文件提供的全部货物与相关服务的总价详见《报价表》。

（二）本响应文件的有效期为从提交响应文件的截止之日起 90 天。如中选，有效期将延至合同终止日为止。

（三）我方作为法律、财务和运作上独立于采购人、采购代理机构的供应商，在此保证所提交的所有文件和全部说明是真实的和正确的。

（四）我方报价已包含应向知识产权所有权人支付的所有相关税费，并保证采购人在中国使用我方提供的货物或服务时，如有第三方提出侵犯其知识产权主张的，责任由我方承担。

（五）我方与其他响应供应商不存在法定代表人或单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系。

（六）我方未被列入法院失信被执行人名单中。

(七) 我方具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件，承诺如下：

1. 具有独立承担民事责任的能力；
2. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
3. 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
4. 三年来依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
5. 参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；
6. 未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)“失信被执行人或税收违法黑名单或政府采购严重违法失信行为”记录名单。
7. 符合法律、行政法规规定的其他条件。

以上内容如有虚假或与事实不符的，你方可将我方做无效响应处理，我方愿意承担相应的法律责任。

(八) 我方对在本函及响应文件中所作的所有承诺承担法律责任。

(九) 所有与本项有关的函件请发往下列地址：

地 址： _____

电 话： _____

联系人姓名： _____ 职 务： _____

邮 箱： _____

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或盖章：

供应商名称（盖章）： _____

日期： 年 月 日

二、报价表

序号	采购内容	报价（元/年）
1	个人剂量卡监测服务	

注：项目报价需包含剂量卡费、物流费、人工费、监测费、报告费、税费等所有费用。

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或盖章：

供应商名称（盖章）：_____

日期： 年 月 日

三、法定代表人证明

兹 证 明 _____ 同 志 (身 份 证
号: _____) , 在 我 公 司 担
任 _____ 职 务 , 为 我 公 司 法 定 代 表 人 , 特 此 证 明 。

单 位 名 称 (加 盖 公 章) : _____

公 司 统 一 社 会 信 用 代 码 : _____

法 定 代 表 人 联 系 电 话 : _____

签 发 日 期 : 年 月 日

附 : 法 定 代 表 人 身 份 证 复 印 件 正 反 面 (插 图)

四、授权委托书

广州市黄埔区中医医院：

本人_____（身份证号：_____）
为_____公司法定代表人，现委托_____（身
份证号：_____，联系电话：_____）
代表本人参加《广州市黄埔区中医医院个人剂量卡监测服务
采购项目》（编号：BOZ2026061101）并处理相关事宜。对
于受托人在办理上述事宜过程中所签署的有关文件、做出的
承诺，本人及我司均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托人签名及公司盖章（手写签名）：

受托人签名（手写签名）：

年 月 日

附：受托人身份证复印件正反面（插图）

五、供应商资质

(一) 供应商营业执照

附插图：

（二）放射卫生技术服务机构资质证书

附插图：

（三）实验室认可证书（CNAS）

附插图：

(四) 检验检测机构资质认定 (CMA) 证书
附插图:

六、人员资质

所有从事现场检测的操作人员须持有由卫生行政部门颁发的《放射工作人员证》。

（请提供①人员有效身份证正反面复印件；②有效证书复印件；③报名截止日期前半年内的任意一个月缴纳社会保险情况的复印件。）

附插图：

七、设备要求

拥有完成本项目所必需的先进的检测仪器设备，所有设备必须在法定计量检定有效期内。

（需提供主要设备清单及检定证书复印件）。

附插图：

八、项目需求满足情况

(请认真阅读本需求全部内容,并如实响应。如发现不实响应或不能按响应情况履约的情况,我院将作为不良信用供应商进行记录和管理。)

注:以下需求必须全部满足,不满足则为无效响应。

以下需求是否全部满足: 是 否

如存在不满足的内容,请列在此处并说明(如都满足,请填“无”):

(一) ★服务范围:放射工作人员佩戴的个人剂量卡(32个,其中本底4个)X射线监测服务。

(二) ★具备完成本项目所必需的先进的检测仪器设备,所有设备必须在法定计量检定有效期内。

(三) ★负责按需提供个人剂量监测工具的配给。

(四) ★负责在监测周期内出具具有法律效力的个人剂量监测报告(每季度出具一份,全年出具年度汇总评价报告)。

(五) ★个人剂量卡监测及报告出具需依据《职业性外照射个人监测规范》(GBZ128-2019)规范要求执行,并符合项目所在地省级市级区级卫生健康部门及生态环境部门的年度检查要求。

(六) ★对于数据异常(超过调查水平)的结果,供应商应在24小时内提出处置建议,并在收到复测剂量卡后5日内提供复核报告。

(七) ★须负责重新配给监测中途损坏或遗失的个人剂量卡。

(八) ★个人剂量计发放与回收如需邮寄,发放和邮寄的运

费由服务机构承担。

（九）服务周期：首签一年。一年后，我院对供应商服务情况进行考核评价，如评价合格，且双方无异议可续签一年。

（十）付款方式：按照年度结算，完成全年的监测工作及提交完整且合格的监测报告及发票后，20个工作日内，凭检测报告、发票进行付款。

九、业绩资料

提供自 2023 年 1 月 1 日以来，本单位成交的医疗机构同类项目业绩。

注：提供能体现相关信息的项目合同关键页复印件（包括：合同封面、采购内容页、签订合同双方的单位名称、落款盖章、签订日期）或中标通知书复印件或发票复印件，最多不超过 3 个。

十、响应情况附件

以上响应内容相关附件及供应商认为需要补充的其他重要内容。

提示：内容添加完成后，需要“更新目录”，调整目录字号为“四号”并删除此页。