**比选文件**

项目名称：北京口腔医院建院80周年高质量发展大会活动策划及会议服务

采 购 人：首都医科大学附属北京口腔医院

**目 录**

[第一章 采购邀请 2](#_Toc203469192)

[第二章 供应商须知 4](#_Toc203469200)

[第三章 比选方法和评审标准 5](#_Toc203469217)

[第四章 采购需求 8](#_Toc203469220)

[第五章 响应文件格式 11](#_Toc203469227)

[第六章 付款方式 19](#_Toc203469241)

# **第一章 采购邀请**

## 一、项目基本情况

1.项目名称：北京口腔医院建院80周年高质量发展大会活动策划及会议服务

2.采购需求：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标的名称 | 数量 | 项目预算金额（人民币：万元） | 合同履行期限 |
| 北京口腔医院建院80周年高质量发展大会活动策划及会议服务 | 1项 | 19.5 | 合同签订之日起至本项目全部工作完成之日止 |

3.本项目拟采用比选采购方式进行采购，凡有意参与的供应商请按照本公告要求在规定时间内递交应答文件。

## 二、供应商资格条件

1.供应商应为在中华人民共和国境内合法注册能够独立承担民事责任的法人、其他组织或者自然人。

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；具有履行合同所必需的设备和专业技术能力。

## 三、报送响应文件及时间

1.资料需提供电子版一份，单独制作一个PDF文件，文件名称（公司名称，联系人姓名-联系人电话），电子版PDF文件（公司资质，产品彩页介绍，售后服务承诺，用户名单，报价），PDF文件打开 每页图片需正置，内容必须齐全，如有缺失，视为未报名）。

2.报送响应文件时间：

2025年10月9日 — 10月13日上午09时30分

3.逾期递交的文件为无效文件，恕不接受。

4.报送响应文件方式：邮箱发送PDF电子版（仅需向指定邮箱发送电子版响应文件，不需要送纸质版资料）

5.联系方式

首都医科大学附属北京口腔医院采购中心

联系人：柳老师

电 话：010—57099801

邮 箱：bjkqyycgzx2025@163.com

# **第二章 供应商须知**

| **序号** | **条目** | **内容** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 响应文件份数 | 响应文件的份数：电子版PDF一份。注：（1）正本和副本封面右上角需注明“正本”、“副本”字样；（2）副本可为签字盖章后的正本的复印件；（3）电子版应包括响应文件正本的完整扫描版（PDF格式）。（4）若上述正副本及电子版存在不一致，以纸质版正本为准。 |
| 2 | 比选会议 | 供应商代表应携带授权书、身份证、驾驶本等身份证明材料参加比选比选时间：2025年10月13日上午09时30分比选地点：北京市丰台区樊家村路9号北京口腔医院行政办公二区采购中心1办公室 |

**第三章 比选方法和评审标准**

* 1. 评审委员会根据下述资格、符合性审查要求对所有递交的响应文件进行初审。
	2. 评审委员会所有成员集中于单一供应商分别进行谈判。

**资格、符合性审查要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 审查因素 | 审查内容 |
| 1 | 营业执照 | 按比选文件要求提供； |
| 2 | 授权委托书 | 按比选文件要求提供； |
| 3 | 报价一览表 | 按比选文件要求提供且响应报价规定的(响应报价未超过比选文件中规定的项目/采购包预算金额)； |
| 4 | 分项报价表 | 按比选文件要求提供； |
| 5 | 采购需求偏离表 | 按比选文件要求提供； |
| 6 | 其他无效情形 | 供应商、响应文件存在不符合法律、法规和比选文件规定的其他无效情形，如未按照比选文件的规定提交保证金等。 |
| **备注：供应商须提供或实质满足本表所列资格、符合性证明文件，如未提供将作无效响应处理。通过审查标注为√；未通过审查标注为×。** |

## 评审标准

## 第1包：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分因素 | 评审细则 | 分值 |
| 1 | 投标报价 | 满足遴选文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他供应商的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分＝（评标基准价/投标报价）×分值。此处投标报价指经过报价修正，及因落实政府采购政策进行价格调整后的报价，详见第四章《评标程序、评标方法和评标标准》2.4 及 2.5。 | 10 |
| 2 | 项目业绩 | 根据供应商提供的2022年9月1日至提交首次响应文件截止之日承接过与本项目类似的项目，每提供1个合格的项目业绩得5分，最高得10分。供应商须提供合同复印件或加盖单位公章。注：日期以合同签署日期为准，合同未注明签署日期的不予认可。 | 10 |
| 3 | 对采购需求的响应情况 | 技术指标全部满足技术要求的得30分，一项一般技术指标不满足遴选文件要求扣5分，本项分值扣完为止。如供应商未在“采购需求偏离表”中对采购需求进行点对点应答，则未应答的条款视为不满足遴选文件要求，评审委员会将按上述标准扣分。 | 30 |
| 4 | 需求整体理解 | 根据供应商针对本项目提供的“需求整体理解”进行综合评审。内容详细、完整，分析深入、具体，解决方案合理、可行，得15分；内容较详细、较完整，分析较深入、较具体，解决方案较合理、较可行，得10分；内容简陋、欠完整，分析不够深入、欠具体，解决方案欠合理、欠可行，得5分；未提供不得分。 | 15 |
| 5 | 整体服务方案 | 根据供应商针对本项目提供的“整体服务方案”进行综合评审。方案完善、全面，设想贴合实际，目标明确，组织严密，针对性强，能完全满足本项目需求，得15分；方案较完善、较全面，设想较贴合实际，目标较明确，组织较严密，有一定针对性，能基本满足本项目需求，得10分；方案欠完善、不够全面，设想未贴合实际，目标不够明确，组织欠严密，没有针对性，无法满足本项目需求，得5分；未提供不得分。 | 15 |
| 6 | 风险应急管理方案 | 根据供应商针对本项目提供的“风险应急管理方案”进行综合评审。方案详细、具体，响应流程合理，处置措施可行、及时有效，针对性强，得10分；方案较详细、较具体，响应流程较合理，处置措施较可行、较及时有效，针对性较强，得7分； 方案欠详细、欠具体，响应流程欠合理，处置措施欠可行、不够及时有效，针对性较差，得4分； 未提供不得分。 | 10 |
| 7 | 活动评估方案 | 根据供应商针对本项目提供的“活动评估方案”进行综合评审。方案详细、具体，调查全面，分析深入，评估科学，资料整理归档移交工作规范、清晰，得10分；方案较详细、较具体，调查较全面，分析较深入，评估较科学，资料整理归档移交工作较规范、较清晰，得7分；方案欠详细、欠具体，调查欠全面，分析简单，评估欠科学，资料整理归档移交工作不规范、不清晰，得4分；未提供不得分。 | 10 |
| 合计 | 100分 |

**第四章 采购需求**

**一、项目基本概况**

1、活动名称：首都医科大学附属北京口腔医院建院80周年高质量发展大会

2、活动时间：2025年10月18日（星期六）

3、活动地点：院区学术报告厅

4、活动主题：八秩薪传 精勤致远

5、参与人员：

（1）邀请嘉宾：约100名，包括上级单位、属地单位、首都医科大学、市属兄弟医院、全国口腔兄弟院校代表，医院历任领导（包含挂职领导）、离退休老同志等、媒体代表。

（2）医院人员：医院领导班子、中层干部、支部书记、护士长、医护及行政后勤代表等约300人。

6、核心目标：

本次大会旨在回顾医院80年的辉煌历程，展示医院在医、教、研、防、人才培养等方面的卓越成就，聚焦口腔医学领域的前沿发展趋势，为医院迈向新征程凝聚力量。

**二、服务期限及地点**

1、服务期限：合同签订之日起至本项目全部工作完成之日止。

2、服务地点：按采购人要求

**三、服务内容**

承办首都医科大学附属北京口腔医院建院80周年高质量发展大会，包括但不限于前期方案设计及策划、活动筹备、延展物料制作、活动宣传、布展搭建、会议资料准备、活动组织、摄影摄像及视频剪辑、撤场等为完成本项目所做的全部工作。

**四、活动流程（暂定）**

| **时间** | **环节** | **内容** |
| --- | --- | --- |
| 7:30-7:50 | 升旗仪式 | 领导班子、中层干部、支部书记、护士长全体集合 |
| 8:15-9:00 | 签到 | 参会人员签到，领取资料 |
| 9:00-10:20 | **高质量发展论坛** |
| 9:00-9:05 | 开场 | 开场，介绍与会领导和嘉宾 |
| 9:05-9:20 | 播放宣传片 | 播放医院80周年宣传片 |
| 9:20-9:40 | 领导致辞 | 党委书记致欢迎辞，各级领导致辞 |
| 9:40-10:05 | 医院发展与回顾 | 院长回顾医院发展历程，展望未来 |
| 10:05-10:15 | 离退休老同志视频寄语 |
| 10:15-10:20 | 集体合影 | 全体参会人员合影留念 |
| 10:20-10:30  | **中场休息** |
| 10:30-12:00 | 院士讲堂 | 特邀院士作学术报告（3-5人） |
| 12:00-13:00 | **午餐、午休** |
| 13:00-14:40 | **全国口腔院校管理论坛** |
| 13:00-13:20 | 北大口腔 | 主题1 |
| 13:20-13:40 | 华西口腔 | 主题2 |
| 13:40-14:00 | 上海九院 | 主题3 |
| 14:00-14:20 | 西安交大 | 主题4 |
| 14:20-14:40 | 武大口腔 | 主题5 |
| 15:00-16:30 | **院区参观（2-3组路线）** |

**五、服务人员要求**

1、供应商应针对本项目组建专业的服务团队，团队人员总数不得少于10人，其中项目负责人1名。

2、项目负责人具有同类项目成功组织实施经验。

3、团队所有人员均具有1年及以上相关工作经验。

**六、其他要求**

1、供应商应针对本项目制定详细的需求整体理解，内容应包括但不限于：需求理解、对本项目的重点难点及关键点分析、提出的针对性解决方案等内容。

2、供应商应针对本项目制定详细的整体服务方案，方案内容应包括但不限于：整体服务设想、服务目标与宗旨、服务范围、组织架构与职责、组织实施流程等内容。

3、供应商应针对本项目制定详细的风险应急管理方案，方案内容应包括但不限于：风险识别与评估、动态响应流程、突发情况应急处置措施等内容。

4、供应商应针对本项目制定详细的活动评估方案，方案内容应包括但不限于：问卷调查、数据分析、效果评估及建议、活动资料整理归档移交等内容。

**第五章 响应文件格式**

**响 应 文 件**

**项目名称：**

**供应商名称：**

**日期：**

### 1. 营业执照等证明文件

附营业执照（加盖公章）

### 2. 授权委托书（实质性格式）

**授权委托书**

本人 （姓名） 系 （供应商名称）的法定代表人（单位负责人），现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清确认、提交、撤回、修改 （项目名称）响应文件和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：自本授权委托书签署之日起至响应有效期届满之日止。

代理人无转委托权。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人（单位负责人）**（签字或签字章或印鉴）**

委托代理人**（签字或签章）**：

日期： 年 月 日

附：法定代表人（单位负责人）及委托代理人身份证明文件复印件：



### 3. 报价一览表（实质性格式）

**报价一览表**

项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 供应商名称 | 响应报价 |
| 大写 | 小写 |
|  |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

### 4. 分项报价表（实质性格式）

**分项报价表**

报价单位：人民币元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 分项名称 | 单价（元） | 数量 | 合价（元） | 备注/说明 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 总价（元） |  |  |

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

### 5. 采购需求偏离表（实质性格式）

**采购需求偏离表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 遴选文件条目号 | 遴选文件要求 | 供应商响应内容 | 偏离情况 | 说明（如有） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：

1. 对遴选文件中的所有商务（交货期或服务期或工期等）、技术要求（采购需求）可逐项详细应答，应明确回答“完全响应”或“负偏离”或“正偏离”。此表中若无任何文字说明，内容为空白，**响应无效。**

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**6. 其它证明材料或者方案**

**第六章 付款方式**

自合同签订之日，全部项目完工活动结束后15日以内，甲方付清100%货款。甲方付款前，乙方应向甲方出具合法、等额的增值税发票（税率以合同履行时最新法律规定或国家税务政策规定的税率为准，总价不发生变化），否则甲方有权拒绝付款，且不承担任何责任。乙方不得以此为由拒绝履行本合同项下的义务。如乙方向甲方提供的发票不符合本合同约定或法律规定，除应按照甲方要求予以更换外，因此给甲方造成的一切损失由乙方承担（包括但不限于损害赔偿等）。

甲方开票信息如下：

单位名称：首都医科大学附属北京口腔医院

纳税人识别号：12110000400688502T

开户银行：北京银行天桥支行

账号：01090359500120105035400

地址：北京市丰台区樊家村路 9 号院电话：57099473

结算方式：本合同价款以人民币结算。