**比选文件**

项目名称：首都医科大学附属北京口腔医院全体职工及离退休干部合影

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：首都医科大学附属北京口腔医院全体职工及离退休干部合影项目

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 |
| 首都医科大学附属北京口腔医院全体职工及离退休干部合影 | 1项 | 9 | 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11日 — 10月14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14日下午13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**

采购需求与合同条款内容不一致的以采购需求为准。

以下技术指标或服务要求中如出现设备或产品品牌或指向某个品牌，仅作为参考该设备或产品所需达到的具体技术性能要求，不作为该设备或产品的品牌要求。如比选文件中涉及政策文件有更新或废止的，成交供应商须在合同执行中按照国家、地方及行业的最新标准要求。

**具体采购需求如下：**

**一、项目概况**

为展现我院全体职工团结协作、积极向上的精神风貌，庆祝建院80周年，计划采用“前期拍摄+后期抠图合成处理”的方式，制作全体职工及离退休干部合影。

**二、服务内容**

服务内容：包含现场拍摄、后期制作、所有成品交付的完整服务1项。具体如下：

1、单人补拍：为新入职员工、部分离退休老同志、部分专家进行单人拍摄。

2、抠图合成：拍摄要求单人/小组抠像拍摄，并将所有拍摄人物无缝、自然、高精度地合成到一张预设的高分辨率背景图中，最终形成一张完整的全体职工合影。

3、项目目标：

 · 完整性：确保全院约1800名职工均能出现在最终成片中。

· 真实性：合成效果必须真实自然，人物比例协调、光影统一、无明显的抠图痕迹（如毛边、色差、扭曲等）。

· 美观性：最终成片美观，能够体现医院的职业特性和文化内涵。

· 高效性：整个拍摄组织过程需高效有序，尽可能减少对医院正常工作和临床秩序的影响。

**三、服务时间、地点及最终成品交付要求**

1、服务时间：

· 拍摄周期：必须在合同签订后3个工作日内完成现场拍摄工作。具体拍摄日期由双方协商确定。

· 制作周期：全部拍摄完成后5个工作日内完成所有后期合成与精修工作。

· 总服务期限：合同签订之日起20个工作日内，完成全部服务、成品交付并验收合格。

2、服务地点：

· 拍摄地点：由医院指定院内场地（例如：会议室、大厅等），供应商需自带所有拍摄设备、绿幕/蓝幕背景布、灯光系统等至现场搭建临时摄影棚。

· 交付地点：最终成品（电子文件及实物）送至丰台区樊家村路9号北京口腔医院。

3、最终成品交付要求：

· 超高分辨率电子版合影照片（可以用于制作大型喷绘、印刷画册等场景）、以及所有超高分辨率电子版单人补拍照片

· 精修调色后的通用分辨率电子版照片（用于宣传、存档）

· 不小于80寸的特定尺寸、带镜框的合影实物照片；特定尺寸的所有补拍单人实物照片

**四、需满足的服务标准与效率要求**

1、服务标准：

· 前期沟通： 供应商与我院共同确定合影的风格、背景样图、人员站位布局方案。

· 现场服务： 拍摄团队应专业、有耐心，能高效引导职工完成拍摄。现场需有专人负责秩序维护和人员调度。

· 售后服务： 提供最终成片的少量微调服务（如个别职工表情不佳的更换，以有备份素材为前提）。

2、效率要求：针对医院在合作过程中的问询，需在4个工作小时内给予答复。

**五、需满足的质量、安全与技术规格要求**

1、质量要求：

· 画质标准：最终合成照片需达到印刷级品质。

· 分辨率：最终成品电子文件分辨率不低于8000 x 2500像素，300DPI。

· 格式：提供无损的 TIFF 或超高质量 JPG 格式电子文件。

· 合成效果：

· 抠图精度：人物边缘处理干净，无残留背景色，发丝等细节保留完整。

· 光影统一：所有人物与环境光的光照方向、强度、色温必须一致，看起来如同在同一时间、同一地点拍摄。

· 自然度：整体画面无任何违和感，人物神态自然。

2、数据安全：供应商须对拍摄的所有原始素材及最终成片负绝对保密责任。未经医院书面许可，不得以任何形式复制、传播、使用或删除所有影像数据。

3、技术规格要求：

· 拍摄设备：使用全画幅及以上专业单反/微单相机，搭配专业镜头。拍摄参数（光圈、快门、ISO）需固定以确保所有素材一致性。

· 照明系统：使用专业影室常亮灯或闪光灯系统，确保每位职工受光均匀，为后期抠图提供良好基础。

· 背景布：使用专业纯色（绿幕或蓝幕）背景布，确保无褶皱、平整干净。

· 后期软件：使用行业标准软件（如 Adobe Photoshop, After Effects 等）进行抠图与合成，严禁使用低精度自动化工具批量处理。

· 服装租赁：为部分专家及离退休人员准备不同尺码、特定要求的拍摄服装。

**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。