# **重庆高新区第一人民医院**

**医用织物洗涤服务项目需求调查公告**

**一、项目概况：**

重庆高新区第一人民医院洗涤服务项目范围包括所有临床、办公场所的布类洗涤、烘干、熨烫、折叠（手术布类按供应室要求折叠）、分类、缝补、消毒及运送工作；布类包括全院患者衣裤、床上布类（含可洗涤的被类、垫絮、枕芯等）、窗帘、隔帘、门诊及手术布类、医务人员以及后勤工作人员的工作服、值班布类、办公用布类物品等。供应商的报价包含所有需要缝补更换所需的耗材费用，如窗

帘头、纽扣、绳子、松紧带、拉链等辅材费用。现我院拟对医用织物洗涤服务项目进行市场调查，欢迎具备合格资质、相应供应及服务能力的供应商积极参加本次调查。

**二、项目内容：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **单位** | **单件报价（元）** | **备注** |
| 1 | 床单 | 件 |  |  |
| 2 | 被套 | 件 |  |  |
| 3 | 枕套 | 件 |  |  |
| 4 | 小被套 | 件 |  |  |
| 5 | 棉被、空调被 | 件 |  |  |
| 6 | 垫絮 | 件 |  |  |
| 7 | 枕芯 | 件 |  |  |
| 8 | 橡胶单 | 件 |  |  |
| 9 | 工作衣（长、短） | 件 |  |  |
| 10 | 工作裤 | 件 |  |  |
| 11 | 病友衣 | 件 |  |  |
| 12 | 病友裤 | 件 |  |  |
| 13 | 手术衣 | 件 |  |  |
| 14 | 洗手衣 | 件 |  |  |
| 15 | 洗手裤 | 件 |  |  |
| 16 | 小衣 | 件 |  |  |
| 17 | 中单 | 件 |  |  |
| 18 | 大洞巾 | 件 |  |  |
| 19 | 小洞巾 | 件 |  |  |
| 20 | 大包布 | 件 |  |  |
| 21 | 中包布 | 件 |  |  |
| 22 | 小包布 | 件 |  |  |
| 23 | 治疗巾 | 件 |  |  |
| 24 | 浴巾 | 件 |  |  |
| 25 | 小方巾 | 件 |  |  |
| 26 | 窗帘、隔帘（包含拆、装） | 件 |  |  |
| 27 | 检查台套、机套 | 件 |  |  |
| 28 | 敷料袋 | 件 |  |  |
| 29 | ....... |  |  |  |
| 30 | ...... |  |  |  |
| 合计 | | 件 |  |  |
| 备注：报价品目及规格包括但不仅限于以上类目，供应商可自行补充完善。 | | | | |

**三、项目工作要求：**

1.根据医院制定的收、送时间派人到医院指定地点收送布类，并清点件数开具三联单确认签字。洗涤后的物品逐件检查，对有破、损、掉纽扣、带子等的用品，必须及时免费缝补，缝补后布纹颜色应一致、平整。工作服不缺纽扣，不被染色，工作裤、被套等不缺带子，无线脚。第二天必须将前一天所有洗涤后的物品按科室原交接清单分别打包成捆送至各院区指定地点，并交接签名。

2.洗涤后物品熨烫平整后，按每10件一叠分类打包，装入干净货袋运送到院方清点交接。

3.若洗涤物品出现丢失或被染色无法使用时，按原价赔偿。

4.节假日照常运作。如遇特殊情况（如停电、停水、台风）供应商必须提前通知医院，以便于医院调整安排工作。

5.供应商应严格遵守国家WS/T 508-2016《医院医用织物洗涤消毒技术规范》要求，拥有专业的厂区，专业的洗涤生产线，严格使用标准流程进行洗涤。清洗可疑感染布类，应有专属区域、专机清洗、折叠、缝补。

6.供应商洗涤工序应严格按照医院感染管理标准执行，应院感要求进行分类、分池浸泡、消毒，质量控制严格按有关规定执行，并达到相关规定标准。

**四、供应商资质要求**

（一）参照《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；

（二）本项目的特定资格要求：无。

**五、资料递交形式及调查会安排**

1.资料递交形式：[将调查资料发送到邮箱](mailto:%E5%B0%86%E6%B1%87%E6%8A%A5%E6%9D%90%E6%96%99%E5%8F%91%E9%80%81%E5%88%B0%E9%82%AE%E7%AE%B1845925690@qq.com)2446518707@qq.com，调查资料应包括word版和盖章的PDF版。

2.联系人：郑老师（023-63360233）

3.递交调查资料截止时间：2025年9月22日17：00。

附件一：调查资料模板

# **重庆高新区第一人民医院**

**医用织物洗涤服务项目需求调查**

调查资料

供应商：

联系人：

联系电话：

日期：

1. 营业执照
2. 调查产品报价表（格式自理）

**三、法定代表人身份证明书（格式）**

致：  （咨询人名称）：

（法定代表人姓名）在（供应商名称）任（职务名称）职务，是（供应商名称）       的法定代表人。

特此证明。

                                             （供应商公章）

                                             年   月   日

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

**四、法定代表人授权委托书（格式）**

致： （咨询人名称）：

 （供应商法定代表人名称）是  （供应商名称）的法定代表人，特授权    （被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述项目的询价等具体工作。

我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

供应商法定代表人： （签字或盖章）

授权代理人： （签字或盖章）

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年   月   日

**五、基本资格条件承诺函**

致    ：

 （供应商名称） 郑重承诺：

1.我方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，具有依法缴纳税收和社会保障金的良好记录，参加本项次推荐会活动前三年内无重大违法活动记录。

2.我方未列入在信用中国网站（www.creditchina.gov.cn）“失信被执行人”、“重大税收违法案件当事人名单”中，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为记录名单”中。

3.我方在推荐会环节结束后，随时接受高新区第一人民医院查验证，配合提供相关证明材料，证明符合《中华人民共和国政府采购法》规定的供应商基本资格条件。

4.本次报价为真实报价，非恶意报价。

我方对以上承诺负全部法律责任。

特此承诺。

（供应商公章）

年   月   日

六、其他资料（自附）