**SZZB-21W204“艾滋病咨询和感染者信息管理系统平台运营维护”询价公告**

受昆明市疾病预防控制中心的委托，云南山重建设工程招标咨询有限公司对该单位“艾滋病咨询和感染者信息管理系统平台运营维护（项目编号：SZZB-21W204）”进行询价采购，现诚邀符合要求的单位参加本次采购活动。

**1、采购范围：**

1.1项目名称：艾滋病咨询和感染者信息管理系统平台运营维护

1.2项目编号：SZZB-21W204

1.3采购内容：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目(产品)名称** | **数量** | **计量****单位** | **采购预算** | **具体要求** |
| 1 | 艾滋病咨询和感染者信息管理系统平台运营维护 | 1 | 项 | 16.4万元 | 详见比选文件《第五章》 |

1.4服务期限：合同签订后一年。

1.5服务地点：昆明市疾病预防控制中心（紫云路4号）。

★1.6报价方式：本项目整体报价、整体成交。

**2、供应商资格要求：**

2.1在中华人民共和国境内依法注册，且具有独立承担民事责任的能力。应提供有效的营业执照或法人登记证书。

2.2具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。应提供最近三个月内开户银行出具的资信或资金存款证明文件，或2018～2020年中任意一个年度经第三方审计的财务报告（含已审计的财务报表）。

2.3具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。应提供2020年1月至响应文件递交截止时间前任意3个月的依法纳税证明和社保缴费证明材料(成立未满一年的，可仅提供纳税和社保申请/申报材料或相关情况说明；依法免税或不需要缴纳社会保障资金的供应商，应提供相应证明文件)。

2.4参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录，且提供了加盖本单位公章的书面声明原件。

2.5响应文件递交截止时间前，供应商在“信用中国([www.creditchina.gov.cn](http://www.creditchina.gov.cn))”网站无失信惩戒记录。由采购人或采购代理机构通过上述网站查询，并将查询结果交由比选小组评审。

2.6单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同单位，不得同时参加本项目，否则均视为无效。应提供《供应商关联企业情况声明》原件。

2.7本次采购不接受联合体。

**3、询价文件的获取：**

3.1获取时间：2021年11月26日～11月28日,上午9:00～11:30，下午1:30～5:00（北京时间，下同）；

3.2获取费用：600元/份；售后不退，不办理邮购。

3.3获取方式：本项目询价文件将以电子形式发售。

3.4获取流程：

（1）将加盖单位公章的《询价文件获取登记表》原件扫描件（格式详见附件）发送至zhengxu@king55.cn邮箱；

（2）致电18064840193进行邮件确认、缴费后即可获取询价文件。

**4、响应文件的递交：**

4.1递交时间：2021年11月29日（星期一）下午1:00～1:30；

4.2递交截止时间：2021年11月29日下午1:30；

4.3递交地点：昆明市盘龙区穿金路205号霖岚国际广场A座25楼疏钟会议室；

4.4逾期送达的或者未送达指定地点、或未按要求密封的响应文件，采购人不予受理。

**5、询价会议时间及地点：**

5.1会议召开时间：2021年11月29日下午1:30；

5.2会议地点：昆明市盘龙区穿金路205号霖岚国际广场A座25楼疏钟会议室。

**6、信息发布：**

本项目的相关信息仅在“中国招标投标公共服务平台（www.cebpubservice.com）”和“云

南山重建设工程招标咨询有限公司网（www.cnszh.com）”上发布。

**采购人：**昆明市疾病预防控制中心

**地 址：**昆明市滇池旅游度假区紫云路4号

**联系人：**卢老师、历老师

**联系电话：**0871-64321440

**采购代理：**云南山重建设工程招标咨询有限公司

**地 址：**昆明市白龙路433号博园世家40幢201号

**联 系 人：**李艳、郑旭

**电 话：**0871-63116344 **传真：**0871-65015383

**附件：**

**询价文件获取登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |   |
| **项目编号** |   |
| **供应商名称** |   |
| **供应商地址** |   |
| **联系人姓名** |   |
| **联系人手机** |   |
| **座机** |  |
| **邮箱** |   |
| **传真** |   |

**供应商名称（加盖公章）：**

 **年  月  日**