**南通市妇幼保健院短信云平台项目**

**采购编号：2019XXXJ001**

**询价文件**

**采购单位：南通市妇幼保健院**

**二〇一九年七月**

**目 录**

第一部分 询价公告……………………………………………………………….2

第二部分 询价文件组成…………………………………………………………...22

**南通市妇幼保健院短信云平台项目询价公告**

**一、采购内容**

项目名称：南通市妇幼保健院短信云平台项目

项目编号：2019XXXJ001

采购预算：项目预算每条短信费用不高于0.06元，最终报价超过采购预算的为无效报价。

服务期限：本次项目服务期限3年，

**二、报价供应商资格要求**

1、具有独立承担民事责任的能力；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；有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；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。

2、供应商或其母公司具备电信业务经营许可证或者具有网络运营资格（代理网络运营商除外）授权的分支机构（同一家运营商只能有一家分支机构参与投标）,具有本地化服务能力。

**三、项目需求**

1、短信通道号需要1069。

2、支持短信群发功能；支持短信上下行交互功能；支持存储转发功能。

3、支持错误重发功能；支持流量控制；支持判断MT、WAP PUSH短信功能。

4、支持丰富的鉴权功能；支持丰富的统计分析功能；支持短信签名；支持长短信发送；支持模板导入与定时短信功能。

5、支持模板自动匹配，无需通过模板ID和变量发送短信。

6、支持已发短信查询功能；支持通讯录功能；支持关键字过滤功能；支持黑白名单导入功能。

**四、询价采购报价须知**

1、请各报价供应商于2019年7月26日上午11:30前将加盖单位公章的报价单及相关资格文件送达南通市妇幼保健院行政楼416信息科。逾期不再接收。

2、采用一次报价方式，不可修改。

3、成交后，成交结果将于南通市妇幼保健院官（www.ntfybj.com）公示。

**五、中标单位确定**

符合报价供应商资格要求和采购需求且报价最低的单位确定为本次询价采购供应商。

**六、其他**

1．签定合同日期：

成交后，成交结果将在南通市妇幼保健院官网（www.ntfybj.com）公示一个工作日。

2．交货期（服务时间）：自合同签定之日起提供平台调试接口及文档，调试完成正式切换上线后开始计费（以双方签订上线确认书为准）。

3．交货（服务）地点：南通市妇幼保健院指定地点。

**七、本询价项目联系事项**

报名地点：南通市妇幼保健院行政楼416室

联系人：羌伶俐

联系电话：0513-59008062

南通市妇幼保健院

2019年7月18日

**询价文件组成**

**询价文件由资格审查证明材料、报价单三部分组成。**

**一、资格审查证明材料（正本一份、副本二份，单独密封）**

1、关于资格的承诺函（附件1）；

2、法定代表人身份证明书（提供复印件并加盖公章）；

3、如非法定代表人投标，需提供法人授权委托书（附件2）；

4、其他需要提交的资格审查证明材料。

**二、报价单（一式二份，单独密封）**

**附件1**

**承诺函**

南通市妇幼保健院：

本公司作为本次项目的投标人，郑重承诺具备以下条件《政府采购法》第二十二条：

一、具有独立承担民事责任的能力；

二、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

三、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

四、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

五、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；

本公司对上述承诺的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

投标人名称（盖章）：XXXXXXXX

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：XXXXXXXX

日期： 年 月 日

**附件2**

**法定代表人身份证明**

（法定代表人参加投标，须出示此证明）

南通市妇幼保健院：

我公司法定代表人 　　　参加贵单位组织的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（采购项目名称)项目的招标采购活动，全权代表我公司处理该项目活动的有关事宜。

附：法定代表人情况：

姓名：XXXXXX 性别：XX 年龄：XXXX 职务：XXXXXX

身份证号码：XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX

手机：XXXXXX XXXXXX

传真：XXXXXX XXXXXX

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

**授权委托书**

（委托代理人参加投标，须出示此证明）

南通市妇幼保健院：

兹授权 （被授权人的姓名）代表我公司参加\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（采购项目名称)项目的招标采购活动，全权处理一切与该项目招标有关的事务。其在办理上述事宜过程中所签署的所有文件我公司均予以承认，我公司对被授权人签名的所有文件负全部责任。

被授权人无转委托权。特此委托。

附：被授权人情况：

姓名：XXXXXX 性别：XX 年龄：XXXX 职务：XXXXXX

身份证号码：XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX

手机：XXXXXX XXXXXX

传真：XXXXXX XXXXXX

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

被授权人身份证复印件

（粘贴此处）

**南通市妇幼保健院**

**询价采购报价单**

编号：xxxxxxx

投标人全称（加盖公章）

项目名称：xxxxxxxxxxxxxxx

|  |  |
| --- | --- |
| **项目报价 （人民币）** | **大写：****小写： 元/条** |

注：1、有限价标注的，报价时不得突破，否则作为无效响应。

2、大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准。

法定代表人或委托代理人（签名）：

报价人名称（公章）：

报价人：

报价人联系电话：

付款承诺：

其它承诺：