**附件1：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **报名方式** | **报名单位** | **联系人** | **联系人电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |

成都市第四人民医院有害生物防制服务采购项目

供应商报名表

**附件2：**

法定代表人资格证明

成都市第四人民医院：

单位名称：

地址：

姓名：        性别：       职务：

身份证号码：              ，系 （公司名称）   的法定代表人，以本公司名义参加 **（项目名称）** 的挂网比选，代表本公司进行比选谈判、签订合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

供应商（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件3：**

法定代表人授权书

本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (公司名称) 的法定代表人，现授权 (姓名及职务) 为我（公司）委托代理人，以本公司的名义参加 **（项目名称）** 的挂网比选。委托代理人在比选过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司及我本人均予以承认，并全部承担其所产生的所有权利和义务。

本授权书于 年 月 日生效，有效期 天。

委托代理人无转委托权。

特此委托。

供应商（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

委托代理人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件4：**

有害生物防制服务考核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **考核单位：** | | | | |
| **服务商名称：** | | | | |
| **考核日期：** | | | | |
| **一、基础管理（10分）** | | | | |
| 考核项目 | 评分标准 | 分值 | 得分 | 备注 |
| 合法资质 | 营业执照、危险化学品经营许可证、农药经营许可证、C级及以上的《有害生物防制服务机构能力证书》。 | 5 |  |  |
| 服务档案 | 客户记录、消杀方案、药品台账 | 5 |  |  |
| **二、现场操作（40分）**（包括不限于以下考核、可根据参数要求调整） | | | | |
| 考核项目 | 评分标准 | 分值 | 得分 | 备注 |
| 是否提前告知客户注意事项 | 如食品遮盖、人员撤离等 | 10 |  |  |
| 药品使用是否合规 | 登记、配比、安全存放等 | 10 |  |  |
| 器械操作是否符合规范 | 喷洒、投放、设备维护等 | 10 |  |  |
| 是否现场填写服务记录 | 时间、药品、区域等 | 10 |  |  |
| **三、防制效果（30分）** | | | | |
| 考核项目 | 评分标准 | 分值 | 得分 | 备注 |
| 虫鼠密度是否达标 | / | 10 |  |  |
| 客户投诉处理及时性 | / | 10 |  |  |
| 防治后是否提供回访或复查服务 | / | 10 |  |  |
| **四、安全与环保（20分）** | | | | |
| 考核项目 | 评分标准 | 分值 | 得分 | 备注 |
| 使用国家许可的低毒/环保药剂 | / | 10 |  |  |
| 废弃物（包装、残留药液等）是否按规范处置 | / | 10 |  |  |
| 作业过程中是否发生安全事故 | / |  |  |  |
| **考核结果：**\_\_\_\_\_\_分（优秀（≥90分）、合格（80-89分）、不合格（＜80分）） | | | | |
| **说明：** | | | | |
| 扣分标准：每季度考核平均分若低于80分，每少1分则扣除1%服务费。连续三次考核不合格，采购方不予支付款项，且不承担任何法律责任。 | | | | |
| 每项评分需依据现场检查、记录抽查或用户反馈综合判定。 | | | | |
| 定期更新考核内容以适应法规或行业标准变化 | | | | |
| 定期考核结果作为服务费用结算或续约依据。 | | | | |
| 可根据实际需求补充现场照片、检测报告等附件。 | | | | |
| **考核人签字：** |  | | | |
| **负责人签字：** |  | | | |
| **服务商确认签字：** |  | | | |