附件1：

**常熟市民政局**

**失能老年人家庭成员照护培训项目**

**投标文件**

项目名称：2023年常熟市失能老年人家庭成员照护培训招标项目

**投标人：**

**联系人： 联系电话：**

**年 月 日**

**投标人基本信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 投标人名称 |  | | |
| 项目落地 |  | | |
| 实施周期 |  | 投标报价 |  |
| 登记证书类型 |  | 统一社会信用代码 |  |
| **项目联系人信息** | | | |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 邮件 |  | 办公电话 |  |
| 手机 |  | 通讯地址 |  |
| **机构负责人信息** | | | |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 邮件 |  | 办公电话 |  |
| 手机 |  | 通讯地址 |  |

**项目实施方案**

1. **投标人简介**
2. **基本情况**
3. **组织宗旨**（愿景、使命、目标、口号）
4. **专业优势**
5. **项目背景**

**1、项目背景**

**2、服务对象**

**3、立项依据**

**4、项目问题分析**

**（三）项目目标**

**1、项目总目标**

**2、项目子目标**

**（四）项目执行方案**

**（五）项目团队管理**

**（六）项目预算**（表格见后面附件）

**1、响应报价表**

**2、响应报价分析表**

附件：

**响应报价表**

投标落地方： 单位：元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 单价 | 备注 |
| 1 |  |  |  |
| 报价合计（人民币大写）： ￥： | | | |

法定代表人或其授权代表（签字或盖章）：

投标方单位公章： 日期： 年 月 日

附件：

**响应报价分析表**

投标落地方： 单位：元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 类别 | 金额 | 占单价比例（%） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |

**注：单价为每位学员的培训费用。**

法定代表人或其授权代表（签字或盖章）：

投标机构单位公章： 日期： 年 月 日