

“2025年春节物品供应商一家”院内招标公告

根据工作需要，桂林市中医医院拟对工会申请的“2025年春节物品供应商一家”项目进行院内招标，欢迎符合条件的供应商前来报名，现将本次招标的有关事项公告如下：

1、项目编号：GLSZYYY202448

2、项目名称：2025年春节物品供应商一家

3、资金来源：工会费

4、资质条件要求：①满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；②国内注册(依法在工商行政管理部门登记注册)，具备法人资格的供应商；③具备相关项目经营范围的单位。供应商须遵守《中华人民共和国招标投标法》、《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国民法典》等相关法律法规。

5、资格条件特别说明：①单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商不得参加同一合同项下的政府采购活动。除单一来源采购项目外，为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动。②对在“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)等渠道列入失信被执行人、重大税收违法失信主体、政府采购严重违法失信行为记录名单及其他不符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定条件的供应商，不得参与本次采购活动。

6、报名时间：2024年12月9日-12月13日（上午8：00-12：00，下午15：00-18：00 双休日和法定节假日除外），逾期不接收报名。

7、会议时间：报名商家应密切留意桂林市中医医院官网院务公开栏，获取会议时间公告通知。

8、报名方式：桂林市临桂路2号，桂林市中医医院1号楼7楼招标办公室（现场报名须提交报名资料电子版）或网上报名（邮箱：glzyyzbb2024@163.com），报名要求详见附件1。

（注：报名后如不能如期参会，请务必在会议前一天中午12点前发邮件至报名邮箱。否则视为不诚信供应商，列入医院黑名单。）

9、联系人及电话：谢老师 0773-2813444。

桂林市中医医院招标办公室

2024年12月9日

附件 1. 桂林市中医医院院内招标报名表

报名单位全称			
法定代表人			
公司详细地址:			
联系人:		联系方式:	
竞标项目（竞标商家必填）			
序号	参会项目名称	品牌型号	备注
1			
2			

报名指定邮箱：glzyyzbb2024@163.com；1. 请务必在邮箱主题栏上注明以下报名信息：[项目编号+项目名称（多项目时需注明对应报价表中的序号）+公司名称](#)；2. 报名表需发电子 word 文档，word 文档的文件名需注明：[项目编号+项目名称+公司名称](#)；3. **不注明相关报名信息、报名表为图片或 PDF 文档的均视为报名不成功。**

1. 参会商家把填写完整报名表（**word 文档**）、相关资质证明（**PDF 文档**）【三证合一营业执照复印件（盖鲜章）、法定代表人身份证复印件、法人授权委托书（盖鲜章，授权委托书须提供）、授权委托代理人身份证复印件、委托代理人社保证明（原件备查，授权委托书须提供），及供应商相关项目资质证明（投标人每个组合中扶贫产品价格比例必须 $\geq 50\%$ 。扶贫产品限定中国社会扶贫网、“832”平台、广西消费帮扶馆等贫困地区农产品，产品必须有“广西扶贫产品”标识或广西扶贫溯源二维码，要求提供贫困地区农产品销售资质和扶贫相关的证明材料。）合成 **PDF 文档**】上传到指定邮箱，即完成商家参会报名手续。

2. 商家完成报名手续后即准备参会文件，参会文件包含（**以下内容很重要，请仔细阅读并按顺序装订成册**）：

①报价表；

②技术参数偏离表、配置列表、服务方案、产品彩页/说明书/项目效果图等；

③三证合一营业执照复印件（盖鲜章）、法定代表人身份证复印件、法人授权委托书（盖鲜章，授权委托书须提供）、由县级以上（含县级）社会养老保险经办机构出具的投标人为授权委托代理人交纳的近三个月的社保证明复印件（委托代理时必须提供）供应商相关项目资质证明；注：投标人成立不足 1 个月的，无须提供社保缴费证明加盖投标人公章。

④售后服务、联系人及电话等相关资料。参会资料要求印刷清晰、密封并加盖公司公章，正本1份，副本6份，正本需装订整齐成册要有封面(装订样式见附后)。

⑤参会人员要熟悉业务，能详细介绍项目内容等相关内容。

3. 所提交给医院的投标资料，恕不退回。报名后如不能如期参会，请务必在会议前一天中午12点前发邮件至报名邮箱；否则视为不诚信供应商，列入医院黑名单。

备注：参会文件所提供的证照及相关证明材料必须真实有效，一经发现造假，将取消本次参会资格并追究相关法律责任。参会文件正本所有证照复印件需加盖公章。

参会资料装订样式：正本需装订成册、副本装订样式。

正本/副本
<h1>响 应 文 件</h1>
项目名称: _____
项目编号: _____
供应商名称: _____
供应商联系人及联系方式: _____

附件 2. 项目报价表

单位：人民币

套餐一	序号	品名(内容)	规格	市场价(元)	投标价(元)	图片或说明	备注(是否扶贫产品)
	1						
	2						
	3						
合计(元)							
套餐二	序号	品名(内容)	规格	市场价(元)	投标价(元)	图片或说明	备注(是否扶贫产品)
	1						
	2						
	3						
合计(元)							
套餐三	序号	品名(内容)	规格	市场价(元)	投标价(元)	图片或说明	备注(是否扶贫产品)
	1						
	2						
	3						
合计(元)							
套餐四.....(如有)							

附件 3：采购需求

- 1、物品需求：大米、食用油等生活常用物资，物资以套餐的形式组合，每组物资价值 ≥ 300 元（实付金额为 300 元/组），总计采购约 1800 份左右，实际采购数量以医院最终采购数量为准。
2. 每家供应商需提供 3-5 个套餐组合物品供职工选择，每个组合中扶贫产品价格比例必须 $\geq 50\%$ 。扶贫产品限定中国社会扶贫网、“832”平台、广西消费帮扶馆等贫困地区农产品，产品必须有“广西扶贫产品”标识或广西扶贫溯源二维码，要求提供贫困地区农产品销售资质和扶贫相关的证明材料。
3. 物品交付使用时间：获中标通知书之日起 5 天内交付；
4. 提供详细的服务方案；注明实体店的地址、提货方式等；
5. 付款：物品验收合格开具全款正规合法发票后 3 个月内一次性支付完毕。
6. 招标会上投标人至少提供投标产品实物或者实物图片一份。
7. 报价时请写明具体品牌、规格。报价含货物费、运输费、税费等。

附件 5：技术参数偏离表

供应商：

响应产品品牌/型号：

项目	医院设备需求 (条目式)	参加招标参数	偏离情况 (无偏离/正偏离/ 负偏离)	其他
项目采 购需求	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			