四川省妇幼保健院 四川省妇女儿童医院

退休职工节假日慰问券采购服务商

项目市场调研公告

一、项目概况

1.项目名称：退休职工节假日慰问券采购。

2.货物需求：慰问品为米、面、食用油等生活所需用品。

3.采购数量：按当年退休职工总数计算，最终以实际发放数量结算。

4.预算金额：每年每份不超过2100元/人。

二、供应商资格要求

1.必须具有独立法人资格，具有**合法企业营业执照**，**营业执照经营范围包括食品、日用百货等**。供应商如为生产商，须提供米、面、油的食品生产许可证、产品质量检测报告；**供应商如为经销商，须提供食品经营许可证。**

2.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

3.具有较好的商业信誉。在“信用中国”“中国政府采购网”网站上未被列入被执行人、重大税收违法案件当事人名单以及政府采购严重违法失信行为记录名单的投标供应商。

4.供应商**必须具有实体门店。**

三、本市场调研项目在四川妇幼保健网主页(http:∥www.fybj.net)上公开发布，供符合条件的潜在供应商前来参加市场调研。

**四、市场调研期限：**2025年2月20日-26日。**市场调研期间，请各潜在供应商到我院组织人事部提交资料。**

五、提供真实齐全的资质证明文件****一**份**（保证所提供的各种材料和证明材料的真实性，承担相应的法律责任，并请按照下面的顺序装订）：

1.封面（注明包号、品目、公司名称、联系人、联系电话、加盖公司印章）；

2.目录（标记页码）

3.营业执照副本复印件（经有效年检，加盖公章）；

4.（如有）食品经营许可证、食品生产经营许可证、产品质量检测报告；

5.**法定代表人授权委托书**（附件2），**法人和受托人身份证的原件及复印件**；

6.**无重大违法记录承诺书**（格式自拟）；

7.**质量保证书**（附件3）；

8.具有**良好的商业信誉证明材料**（提供承诺函及网页截图，参会供应商在相应网站查询在调研截止之日前的信用记录，保存并提供该信用记录结果网页截图）；

9.**有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录**（提供证明文件）；

10.**国家规定的其它相关资质证明文件或其它涉及特许经营许可的须提供经营许可证书的复印件**；

11.（如有）**质量检测中心或法定机构出具的产品检测报告∕性能自测报告∕出厂检验报告的复印或扫描件**；

12.（如有）其他证书：**产品在技术、节能、安全、环保和自主创新方面获得的认证证书或制造厂家和产品所获国家级荣誉称号等复印或扫描件**；

13.**业绩证明文件**（提供近三个月内送货复印件＜需有客户签名＞或银行进账联复印件）（附件4）；

14.**售后服务承诺书**（含质量、货源保证，产品验收标准、质保期、售后服务响应等）；

15.封底。

六、报价要求

1.以人民币报价。

2.报价表中的价格应包括货物设计、材料、制造、包装、运输、装卸、保险、关税、增值税、仓储、商检、卫检、报关、输机、清关手续费、调试、培训、质检、保修、其它伴随服务等所有费用。

七、其他说明

1.根据要求及自身实际用A4纸编制市场调研书，严格按上述第五条的装订顺序编制市场调研书。

2.提供的所有资料须密封加盖鲜章。

****3.特别申明：现公示的功能需求、配置及技术性能因市场了解的局限性，仅作为医院市场调研参考使用，无任何针对性，如有不全之处，敬请理解，并请参与单位详实介绍推荐产品，最终配置和技术参数以购买时为准。对未公示配置及技术性能的，请各竞选人自行提供。****

**4.对技术指标的咨询：028-65978220  包老师**

八、市场调研书的递交：于****2025年2月26日下午17：00****前一式一份送交四川省妇幼保健院组织人事部（综合楼二楼201）。

地 址：四川省成都市晋阳路沙堰西二街290号

联 系 人：包老师

电 话：028-65978220

附件：1.退休职工节假日慰问券采购项目方案要求

2.法定代表人身份授权书

3.质量保证书

4.业绩证明表

                      四川省妇幼保健院组织人事部

2025年2月20日

**附附件1**

**退休职工节假日慰问券采购项目方案要求**

一、项目慨况

每年按照医院在职职工标准分两次为退休职工发放上下半年节假日慰问劵。现需采购供应商一名，为我院退休职工提供节假日慰问券服务，要求供应商有便利的提货实体店和商品种类，以便退休职工提取生活必需品。

二、项目要求

**★**1.供应商须提供符合工商及食品监督管理部门要求的相关资质，并在服务期内保证上述证件的有效性。

2.供应商应为退休职工提供优质的服务。若发生职工投诉供应商服务态度、商品质量有问题或发生违反合同、或与投标文件不符的事情，一经查实，医院将采取相应的处罚措施或解除合同。

3.供应商应严格遵守食品安全、消防管理等相关法律法规并接受食品卫生、消防等主管部门的监督和指导，并自行承担相应责任，如发生相关行政处罚，医院将采取相应的处罚措施或解除合同。

4.供应商自主经营，独立核算，自负盈亏，发生的债权、债务与医院无关，均由供应商负责。

★5.经营范围：农副产品、预包装食品兼散装食品、乳制品、生活用品等，不能经营未经国家许可的医疗器械、药品、消毒剂等相关医疗用品和国家及有关部门规定的禁营物品；以及不得向医院退休职工销售“政府采购目录范围内的商品”（具体商品种类中标后需与医院确认）。

6.超市各类食品应在固定购货点采购（供应商须向医院交齐购货点的各种证件、资料）。采购食品不得超过保质期，定型包装食品应有厂名、品名、厂地、生产日期、保质期，进口食品要有中文标识。

7.积极做好预防和控制疫情、食品安全事件，一旦发生食品安全事件，及时向采购人和卫生检疫机构报告，保留现场，封存可疑食品。

★8.每次发放慰问券时需与医院工作人员核对本次发放人数与金额，出具符合财务相关规范要求的正规发票，医院完善报销手续后支付。

**★9**.供应商中标后需购买食品安全责任险（赔付金额不低于100万元），需提供承诺函。

★10.供应商需有实体门店。

**三、其它要求**

1.供应商必须严格履行合同，不得随意终止合同，停止经营。否则，采购人原则上不退还履约保证金，由此造成的一切法律责任和经济损失由供应商承担。

2.服务期间供应商不得私自委托第三方提供服务，否则采购人有权提前终止合同，并扣除其履约保证金。

3.如遇国家政策变化或自然灾害等不可抗拒因素，采购人有权无条件终止合同，退还保证金。

**附件2**

**法定代表人身份授权书**

（采购单位名称）：

本授权声明： （投标人名称）

（法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人或授权代表签字：

投标人名称： （加盖公章）

日期：

★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。

**附件3**

**质量保证书**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*：

（制造商家名称）是 .（国名）依法登记注册的，其地址现 。其主要营业地点现在 。

作为供应商，我方承诺，为本次招标提供的货物为原厂制造、合法渠道供应的全新产品。我方保证以投标合作者来约束自己，并对该投标共同承担和分别承担招标文件中所规定的义务。

供应商单位名称： （盖章）

供应商单位法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**附件4**

业绩证明表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 用户  名称 | 数量 | 合同价格或  中标价格 | 使用时间或  中标时间 | 联系人及  联系方式 | 备注 |
| 省内省级单位用户 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 省内其他用户 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

法定代表人或授权代表签字：

年 月 日