**新昌县中医院中药饮片及相关伴随服务采购项目**

**调研公告**

新昌县中医院就中药饮片及相关伴随服务采购项目进行市场调研，现将有关事项公告如下：

1.项目概况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 标项 | 采购内容 | 服务期限 | 预算金额 | 备注 |
| 1 | 新昌县中医院中药饮片及相关伴随服务采购项目1 | 3年 | 10000万元 | 本项目预算金额为暂定预算，实际金额按采购金额为准。 |
| 2 | 新昌县中医院中药饮片及相关伴随服务采购项目2 | 3年 | 800万元 |
| 3 | 新昌县中医院中药饮片及相关伴随服务采购项目3 | 3年 | 400万元 |
| 4 | 新昌县中医院中药饮片及相关伴随服务采购项目4 | 3年 | 400万元 |
| 5 | 新昌县中医院中药饮片及相关伴随服务采购项目5 | 3年 | 400万元 |
| 注：采购方使用的所有中药饮片（详见药品目录，高档饮片及特级饮片除外）。 |

2.资格条件：

（1）必须符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的要求；

（2）具有与本项目相适应的经营资质、服务能力；

3.凡符合上述要求的供应商均可参加医院内部调研，在医院网站http://www.xcxzyy.com下载调研报名表，并于2025年10月20日17：00前将报名表发送至邮箱1179509439@qq.com。

4.调研资料

4.1资格证明文件：公司情况介绍、公司相关资质证明文件、法定代表人资格证明文件、授权人资格证明文件、生产许可证件，正本一份。

4.2 参加调查中药饮片目录、代煎服务、报价等资料装订成册提交（一正四副），不接受活页装订。

5.调查形式：资料提交、中药饮片及相关伴随服务介绍（时间15分钟）、专家提问、产品供应承诺书提交。

6.现场调研时间及地点：2025年10月27日14:00医院门诊四楼会议室。

7.采购单位联系人

新昌县中医院药剂科 求女士 电话：0575-86502836

8.公告发布媒体：新昌县中医院网站http://www.xcxzyy.com

 新昌县中医院

 2025年10月14日

**附件 1**

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 调研项目编号及产品 |  |
| 单位名称 |  |
| 报名日期 |  |
| 报名人员 |  |
| 手机号码 |  |
| 邮 箱 |  |
| 同类业绩单位 |  |
| 我单位同意按采购文件要求参加投标（报价）并提交资料。投标人（供应商）代表签字： 投标单位盖章 |

**附件2 格式文件**

格式一

**法定代表人身份证明书**

　 ｛姓名｝ 　，　｛性别｝　，　｛年龄｝　，　｛职务｝　，身份证号码： ，系　｛投标人名称｝ 的法定代表人。

特此证明。

　｛投标人名称｝　（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件粘贴处 |

格式二

**法定代表人授权书**

新昌县中医院：

本授权书声明：我｛姓名｝系　｛投标人名称｝ 的法定代表人，现授权委托 ｛姓名｝ 为我公司全权代理人，身份证号码： ，以本公司的名义参加贵方组织的调研活动。代理人在调研过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人无转委权，特此委托。

法定代表人（签字）：

代理人（签字）：

　｛投标人名称｝　（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 代理人身份证复印件粘贴处 |

格式三

**报价单**

项目名称：

价格单位：（人民币）元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购内容 | 服务期限 | 报价承诺 | 备注 |
| 1 |  | 3年 |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

注：有关本项目实施所涉及的一切费用均计入报价。采购人将以合同形式有偿取得货物或服务，不接受投标人给予的赠品、回扣或者与采购无关的其他商品、服务，不得出现“0元”“免费赠送”等形式的无偿报价，否则视为投标文件含有采购人不能接受的附加条件的，投标无效。

单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式四

**同类项目业绩表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **供货时间** | **项目名称**  | **金额** | **实施情况** | **采购方单位名称** | **联系人姓名****联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**提供相应的销售合同复印件、用户联系方式并加盖询标供应商公章，原件备查。**

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式五

**投标单位情况介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标人全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业相关资质 |  | 营业执照编号 |  |
| 单位性质 |  | 隶属 |  |
| 主要业务 |  | 固定资产净值(万元) |  |
| 现有职工总人数 |  | 单位成立日期 |  |
| 法定代表人 | 1.姓名： 2.职务： 3.职称： |
| 联系方式 | 1. 地址：

 2.邮编： 3.电话： 4.传真： 5. 联系人：  |
| 开户银行 | 1、名称： 2、账号：  |

## 格式六

## 投标单位的服务承诺书及保障措施

 新昌县中医院 ：

非常荣幸能参加贵处组织的 （填写具体调研项目） 的调研事宜，现我公司就相关服务作出如下承诺：

一、质量保证：

　　二、交货保证：

三、技术服务：

四、保障措施：

五、培训服务：

六、售后服务：

七、其他：

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式七

**新昌县中医院 （调研项目名称） 投标优惠措施**

新昌县中医院：

我公司自愿提供以下优惠措施：

1、

2、

3、

……..

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日