**新昌县中医院劳务派遣用工管理费市场询价通知**

新昌县中医院就劳务派遣用工管理费进行市场询价，现将有关事项通知如下：

1、项目概况：本项目服务范围为新昌县中医院的劳务派遣用工45人(人员数量根据医院工作需要进行调整，以实际与供应商签订合同人数为准），工作岗位包括但不限于服务中心送检员、药剂科工人、病房护理员等。项目合同3年一签。采购其他要求：需协助医院办理退休返聘人员雇主责任险。

2、资格条件：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询价，在医院网站http://www.xcxzyy.com下载报名表，并于2025年08月15日 17:00时前将报名表发送至邮箱1179509439@qq.com。

4、调研资料包含但不限于以下内容：

（1）供应商基本情况（公司资质与信誉、财务状况、税务状况‌）；

（2）类似项目服务案例（需提供合同或付款证明）；

（3）依法缴纳社会保险费的证明材料：《社会保险登记证》复印件（实行营业执照、组织机构代码证、税务登记证、社会保险登记证和统计登记证“五证合一”登记制度的，可不再提供）、提交近3个月内任意一个月依法缴纳社会保险的证明（缴费凭证复印件）；

（4）法定代表人资格证明文件、授权人资格证明文件。

（5）供应商认为应提供的其他资料。

以上资料提供正本1份，副本3份。

5、 现场调研时间及地点：2025年08月18日下午15:00医院门诊四楼会议室。请各供应商再准备一份单独的报价单（格式详见附件）。

6、单位联系人

新昌县中医院人力资源部 俞女士 电话：0575-86502805

新昌县中医院采购中心 陈女士 电话：0575-86502833

 新昌县中医院

 2025年08月11日

**附件 1**

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 调研项目名称 |  |
| 单位名称 |  |
| 报名日期 |  |
| 报名人员 |  |
| 手机号码 |  |
| 邮 箱 |  |
| 同类业绩（近三年内） |  |
| 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：  |

**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

**新昌县中医院项目报价单**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 新昌县中医院劳务派遣用工管理费 |
| 报价 |  元/月/人 |

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 （填写具体调研设备） 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 （调研设备名称） 项目投标优惠措施**

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