**平阳县中医院医用耗材SPD供应链管理及物流延伸服务项目市场调研公告**

我院就医用耗材SPD供应链管理及物流延伸服务项目进行市场调研，欢迎国内合格的供应商前来参加。

**一、项目概况**（内容、用途、数量、简要技术要求等）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **标项** | **项目名称** | **服务期限** | **单位** | **分项费率最高限价** | **备注** |
| **一** | 平阳县中医院医用耗材SPD供应链管理及物流延伸服务 | 3 | 年 | 服务费不得超过医用耗材供应商配送金额的X% | 详见内容及要求 |

**二、供应商资格要求**：

1、供应商基本资格条件：

1.1.具有独立承担民事责任的能力；

1.2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

1.3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

1.4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

1.5.参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

2、供应商没有被未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn)、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单；

3.提供报名登记表及相关证件资料（提供纸质资料或者扫描件发送至[549493622@qq.com）](mailto:549493622@qq.com）)

**三、报名时间：**2024-12-2至2024-12-6

**四、联系人：**张老师 、吴老师

联系电话: 0577-63631361（工作时间：上午8:00-12:00，下午2:00-5:00）

**五、**对提供虚假信息（资料及证明文件等）者，院方将参照招投标法申请处罚措施。

**六、报名地点：**平阳县中医院住院楼14楼A08设备科。

报名登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | | 年 月 日 | | |
| 项目名称 | |  | | |
| 单位名称 | | （公章） | | |
| 项目联系人 | |  | 手机 |  |
| 联系电话 | |  | 传真 |  |
| E-mail | |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 | |  | | |
| 提交的报名文件资料 | | | | |
| 序号 | 报名资料 | | 是否提交 | 备注 |
| 1 | 供应商报名登记表（原件加盖公章） | |  | 注册资金：万元  法人代表： |
| 2 | 供应商有效的工商营业执照（复印件加盖有效公章） | |  |  |
| 3 | 供应商企业简介 | |  |  |
| 4 | 供应商认为需要提供的其他资料 | |  |  |