云南省中医中药研究院

院内项目询价通知

项目名称：附属医院中药袋采购

项目科室： 附属医院

科室负责人： 王莉

发放日期： 2023 年 12 月 25 日

第一章 询价邀请

根据《云南省中医中药研究院采购管理办法（试行）》，对 附属医院中药袋 （项目名称）采用询价方式发包，项目资金来源 财政性资金 ，资金落实情况 已落实 。现邀请合格的供应商参加报价。

项目编号： szyycg2023035

项目名称： 附属医院中药袋

项目预算金额： 28200.00元

响应性文件份数： 1 份。

递交响应性文件截止时间：2023年12月29日10时00分。

递交地点： 云南省昆明市五华区五台路2号408室 。

响应性文件接收人： 陈果

开启时间：2023年12月29日10时00分。

开启地点： 龙泉路办公区3楼会议室 。

联系人：陈果

联系电话：0871-65190525

第二章 询价须知

一、采购需求

**1、项目概况**

 根据云南省中医中药研究院附属医院日常工作需要，现申请购买一批中药袋。

**2、需执行的国家相关标准、行业标准及规范；质量及售后服务要求：**

（一）中药袋：18.7cm\*22.5cm，牛皮纸，85克，六角底

（二）中药袋：18.7cm\*30cm，牛皮纸，85克，六角底

**3、验收要求**

同2项，完成货物交付后5个工作日内付款。

二、供应商须知

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | 附属医院中药袋 |
| **资金来源** | 财政性资金 |
| **资金落实情况** | 已落实 |
| **付款方式** | 一次性付款 |
| **分包及成交规定** | ☑本项目不分包。 |
| **供应商资格要求和资质条件、能力** | 资质条件：具备独立完成本项目的营业范围、资质及同类项目实施经验。 |
| **是否接受联合体投标** | ☑不接受 |
| **供应商不得存在的其他情形** | 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，不得参加同一项下的政府采购活动；
2. 为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的。
 |
| **提交响应文件截止日期** | 2023年12月29日10时00分 |
| **响应文件份数** | 1套 |
| **响应文件组成** | （1）资格审查文件；（2）供应商必须按要求提供报价表。 |
| **递交响应文件地点** | 云南省昆明市五华区五台路2号408室 |
| **询价规则** | （1）询价小组：由院内3人以上（单数）组成；（2）邀请不少于3家符合相应资格条件的供应商参与询价采购活动；**（3）参与询价采购活动的供应商，按照询价通知书的规定一次报出不得更改的价格。** |
| **评审方法** | 根据采购需求、质量和服务相等且报价最低的原则确定成交供应商。 |
| **结果公告** | 公告媒介：云南省中医中药研究院官网公告期限：1个工作日 |
| **质疑期** | 供应商认为询价通知书、询价过程和结果使自己的权益受到损害的，可以在知道或者应知其权限受到损害之日起1个工作日内，以书面形式向采购人提出质疑。 |
| **质疑答复** | 采购人在收到供应商的书面质疑后七个工作日内作出答复，并以书面形式通知质疑供应商和其他有关供应商，但答复内容不得涉及商业秘密。 |

第三章 供应商应当提交的资格证明文件

资格证明文件目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证明材料 | 备注 | 必须提交 |
| 1 | 营业执照、登记证书、执业许可证、等 | 具有独立承担民事责任能力的企业或组织合法经营权的凭证（如营业执照、登记证书、执业许可证等）的原件扫描件 |  |

备注：

1、必须提交的证明材料未提交或提交不全的视为资格性审查不合格。

2、供应商的资格证明材料应当真实、有效、完整，字迹、印章要清晰。

**附件2**

**云南省中医中药研究院采购项目情况表**

采购项目名称： 附属医院中药袋 采购项目预算： 28200.00元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | **产品名称** | **产品技术及服务要求描述** | **数量** | **单位** | **供货地点** | **供货时间要求** | **备注** |
| 1 | 中药袋 | 18.7cm\*30cm，牛皮纸，85克，六角底 | 10000 | 个 | 采购人指定地点 | 签订合同后3个工作日内 |  |
| 2 | 中药袋 | 18.7cm\*22.5cm，牛皮纸，85克，六角底 | 90000 | 个 | 采购人指定地点 | 签订合同后3个工作日内 |  |

请贵公司根据本表内容一次报出不得更改的价格（报价不得高于采购项目预算，否则报价无效）填制于附件2中，并将签字盖章完备的附件2于 2023年12月29日上午10：00前送达采购人。

采购人电子邮箱：陈果 ynszyycg@126.com 联系电话：18687510283

**附件3**

**云南省中医中药研究院采购项目供应商报价表**

采购项目名称： 货币单位：人民币元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **产品的品牌 、型号、规格及技术标准、服务内容** | **数量** | **单位** | **单价** | **金额** | **供货时间** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **总报价** |  |  |  |

报价供应商名称（公章）： 地址：

报价供应商项目技术负责人（签字）： 联系电话：

电子邮箱： 报价日期： 年 月 日