**关于杭州市第一人民医院桐庐医院2025年职工生日蛋糕券采购项目需求调研公告**

根据工作安排，依据财政部第87号令《政府采购货物和服务招标投标管理办法》，现就杭州市第一人民医院桐庐医院生日蛋糕券采购项目进行市场调研，针对项目服务内容和服务需求征求专业性的意见，欢迎符合资质的供应商前来报名洽谈。

**一、项目概要：**

1、2025年职工生日蛋糕券采购，蛋糕券每份价值300元，采购数量暂定1100份，项目预算33万元，以实际结算为准。

2、服务期：1年；具体起止时间由采购人确定。

**二、组织类型：**市场调研

**三、供应商资质要求:**

1. 满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；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；

2.以联合体形式投标的，提供联合协议(本项目不接受联合体投标或者投标人不以联合体形式投标的，则不需要提供) ；

**四、供应商报名时间方式及地点等：**

1.报名时间：自公告发布之日起至2024年12月6日，上午8：00。

2.供应商报名时须提交的文件资料（须盖供应商公章）：

（1）供应商营业执照；

（2）授权代表委托授权书，授权代表身份证复印件；

（3）供应商提供从事该服务的资质证书；

（4）报名表（格式见附件）

3.供应商报名方式及地点：在线报名或现场报名

在线报名需提交的文件资料发送至电子邮箱[2089252994@qq.com](mailto:2089252994@qq.com)

现场报名需提交的文件资料纸质版送至杭州市第一人民医院桐庐医院住院楼5楼G区采购中心（桐庐县城南街道梅林路899号）。

**五、报名截止时间：**2024年12月5日8:00止。逾期未完成报名，采购人有权不予受理。

**六、调研时间和地点：**

时间：2024年12月6日下午15:30

地点：杭州市第一人民医院桐庐医院行政楼3楼306会议室（桐庐县城南街道899号）

**七、特别强调：**

1.本次项目根据市场调研情况以及采购相关规定仅作为采购人确定采购需求、招标的参考依据之一，不作为签订采购合同的条件。在后续项目的招标采购过程中，欢迎各供应商继续参加竞标。

**八、项目联系人:**

杭州市第一人民医院桐庐医院 卢女士 联系电话：0571-88070523

附件：1.杭州市第一人民医院桐庐医院2025年职工生日蛋糕券采购项目采购需求（征求意见稿）

2.调研报名表

3.供应商拟提供服务清单

4.意见和建议书

附件1

杭州市第一人民医院桐庐医院2025年职工生日蛋糕券采购项目采购需求（征求意见稿）

## 一、项目概况

项目名称：2025年职工生日蛋糕券采购，蛋糕券每份价值300元，采购数量暂定1100份，项目预算33万元，以实际结算为准。

## 二、采购内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 价值 | 数量 | 目的地 |
| 1 | 2025年职工生日蛋糕券 | 300元/份 | 1100份 | 杭州市第一人民医院桐庐医院 |

1. **供应商资质要求：**

1、基本条件：

（1）具有独立承担民事责任的能力；

（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（5）在桐庐县城区内有实体烘焙店；

2、特定资格条件：

（1）具有食品经营许可证或食品生产许可证；

（2）本项目不接受联合体参加磋商。

**附件2：**

**杭州市第一人民医院桐庐医院2025年职工生日蛋糕券采购项目**

**调研报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称（盖章） |  | | |
| 供应商地址 |  | | |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 公司简要介绍、规模及优势情况（可续页）： | | | |

**附件3：**

**供应商拟提供服务清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 数量 | 基本配置要求 | 参考价格（万元） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

本表所列新增服务备代表生日蛋糕券采购需投入的主要服务，并非指合作期内的所有服务。如供应商认为有必要再增加请按编号增加。新增服务的各项参数应满足采购人的要求。根据开展情况，需要配备以上未列服务时，供应商应及时配备。各项服务具体提供时间根据采购人的要求。

供应商(盖章)：

法定代表人或授权代表（签字）：

联系电话：

日期：

### **附件4：**

**关于对杭州市第一人民医院桐庐医院2025年职工生日蛋糕券采购项目的意见和建议**

致：杭州市第一人民医院桐庐医院

对贵单位于2024年 月 日公示的杭州市第一人民医院桐庐医院营养食品采购需求调研公告内容，我公司提出如下意见和建议（如有）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 原条款 | 公司意见和建议 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

供应商(盖章)：

法定代表人或授权代表（签字）：

联系电话：

日期：