**赤峰市社会福利院（赤峰民政医院）康复训练用具采购项目询价采购公告**

根据赤峰市社会福利院工作需要，采用询价方式对赤峰市社会福利院（赤峰民政医院）康复训练用具采购项目进行询价采购,欢迎符合资格条件的供应商前来报名参加。

**一、项目概述**

   1.名称与编号

   项目名称：赤峰市社会福利院（赤峰民政医院）康复训练用具采购项目

  2.采购项目名称、数量及预算

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **包号** | **项目名称** | **数量** | **技术规格、参数及要求** | **预算总金额（元）** |
| 1 | 康复训练用具采购项目 | 1 | 具体技术规格、参数及要求详见询价文件 | 53,000.00 |

**二、供应商的资格要求**

1.授权委托书原件（格式见附件）；

2.三证合一营业执照副本（或营业执照副本、税务登记证副本、组织机构代码证副本）；

3.参加采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明。

4.提供国家企业信用信息公示系统（内蒙古）https://nm.gsxt.gov.cn/index.html相关征信。

5.投标人需具有独立法人资格，如经销商投标须提供有效的《医疗器械经营许可证》或《第二类医疗器械经营备案凭证》，如生产商投标须提供有效的《医疗器械生产许可证》。所投产品在《医疗器械分类目录》内的须具有《医疗器械产品注册证》（不属于医疗器械管理不需要提供）。

6.单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系供应商，不得参加同一项下的采购活动。

7.为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动。

**三、获取采购文件**

方式：资格审查通过后，联系采购单位领取电子版询价文件，我单位不发放纸制询价文件。

售价： 免费获取

**四、资格审查时间及地点**

审查时间：2023年 12月13日至12月15日，每个工作日上午8:30-12:00时,下午2:30-5:30时。

审查地点：赤峰市松山区东方红大街99号赤峰市社会福利院二楼财务室。

**五、联系方式**

名称：赤峰市社会福利院

地址：赤峰市松山区东方红大街99号赤峰市社会福利院二楼财务室。

邮政编码：024000

项目负责：周胜林   联系电话：0476-8869321

资格审查：唐 杰 联系电话：0476-8869321

赤峰市社会福利院

                   2023年12月12日

**附件：**

**授权委托书**

赤峰市社会福利院：

兹授权我单位 （姓名）作为参加贵单位组织的赤峰市社会福利院（赤峰民政医院）康复训练用具采购活动的委托代理人，委托代理人全权代表我单位处理本次询价中的有关事务，并签署全部有关文件、协议及合同，我单位对委托代理人签署内容负全部责任。

本授权书于盖章签字后生效，在贵单位收到撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人签署的所有文件不因授权的撤消而失效。委托代理人无转委托权。

特此委托。

委托代理人身份证

扫描件或复印件（正反）

（本证件需直接扫描或复印，且身份证号码必须清晰，不允许粘贴）

法定代表人身份证

扫描件或复印件（正反）

（本证件需直接扫描或复印，且身份证号码必须清晰，不允许粘贴）

供应商：（加盖公章）

法定代表人：（签字）

委托代理人：（签字）

供应商：（加盖公章）

法定代表人：（签字）

委托代理人：（签字）

年 月 日