**关于邀请参加项目采购前综合论证的函**

**各相关供应商：**

威海市立第三医院拟对编号LZ2023-03HL的护士鞋项目实施采购前综合论证，欢迎相关供应商积极参与。

拟参与供应商务必全面、认真阅读本函所有内容，并严格按照本函要求落实参与事宜。未按要求履行程序或者未按要求提供资料的供应商，无法取得参与资格。

**一、论证的时间**

2023年3月28日14:00，当日13:45至13:55签到

**二、论证的地点**

威海市立第三医院三楼西区第二会议室

**三、论证的内容**

256双护士鞋，其中女款237双、男款19双。要求为一脚蹬式非镂空鞋面，鞋面颜色白色或者米色，鞋面与鞋里材质天然皮革，鞋底坡跟（男款不限）、防滑、柔软，具有缓冲垫。

**四、论证的报名**

拟参加的供应商应当于 2023年3月25日17:00前通过本函“八、联系人与联系方式”中的邮箱向医院招标办提交《营业执照》扫描件和附件4《报名信息表》扫描件。

**五、论证的目的与方式**

通过与供应商进行沟通与谈判，掌握相关产品与服务的质量层次、价格水平、配置方案、保障体系、市场应用等相关信息，为未来实施采购提供标准和依据。

对于论证结果成熟且项目金额不超过10万元的项目，可以根据医院管理制度的规定，由决策会议批准直接按照论证结果实施采购。

论证参照询价方式（一次报价）。

供应商不可就本项目的全部或者部分提供超过一种方案要求医院实施选择。

论证采取线上形式，签到和现场沟通使用电话或者办公软件联络方式。项目被授权人和报名联系人在论证当天13:30至17:00保持通信畅通。

拟参加的供应商需要将“六、论证现场需要的资料”进行密封和实物样品一样于2023年3月23日12:00前送达威海市立第三医院招标办。送达可以使用邮寄方式，收件信息：威海市齐鲁大道80号 威海市立第三医院三楼招标办 王博 186 6037 6862。

**六、论证现场需要的资料**

**（一）供应商资质**

1.《营业执照》复印件1份

2.如，服务属于经营行政许可管理或者经营强制认证管理的，提供相关资质复印件1份

**（二）参与人员资质**

附件1格式的《法人授权委托书》1份

**（三）报价单**

附件2格式的《报价单》2份

**（四）产品/服务优势与质量保障措施**

自定义格式A4纸反正面打印的《产品/服务优势与质量保障措施》2份

**（五）其他资料**

原则上不需要提供其他资料，但如果供应商认为确有必要提供的，可提供不超过2种、每种1份的其他资料。

**（六）实物样品**

提供男款女款分别不超过两种护士鞋，每双自行编号。

**注意：**以上（一）至（六）严格按照要求的种类、数量、顺序整理为一套资料（严禁乱提供非本函要求的资料），每页加盖参与论证公司的红章，使用长尾夹固定。

**七、其他事项要求**

（一）医院接受供应商在论证前的合理时间来院勘查与咨询，但在来院前需要与医院招标办联系确定相关事宜。

（二）参与供应商在论证当日签到时，应当同时确认与其他参与供应商无出资、隶属、关联或者实际控制关系。存在上述关系的供应商，只能有一家参与论证。隐瞒、漏报上述关系的，医院将取消全部关联供应商的参与资格，已经获取推荐意见的，推荐意见作废。

**八、联系人与联系方式**

联系人：王博

电 话：0631-5960192

邮 箱：[slsyzbb@163.com](mailto:slsysbk@163.com)

附件：1.法人授权委托书

2.报价单

3.报名信息表

威海市立第三医院

2023年3月20日

附件1

**法人授权委托书**

本授权书声明： （公司名称）法定代表人 （姓名），代表本公司授权 （姓名）为本公司的合法代理人，参加威海市立第三医院 （项目编号）项目的综合论证，并以本公司名义处理一切与之有关的事宜。

本公司已充分理解本项目邀请函的全部内容，并承担因理解错误所导致的不利后果。

法定代表人签字：

（授权单位在此处盖章）

被授权人签字：

被授权人身份证复印件粘贴于下框：

|  |
| --- |
|  |

附件2

**报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **产品名称** | **生产商** | **单位** | **数量** | **价格**  **（元）** | **金额**  **（元）** |
|  | 护士鞋/女 |  | 双 | 237 |  |  |
|  | 护士鞋/女 |  | 双 | 237 |  |  |
|  | 护士鞋/男 |  | 双 | 19 |  |  |
|  | 护士鞋/男 |  | 双 | 19 |  |  |
|  | 供货期：自接到医院供货通知后 日，  材质描述： | | | | | |

必须满足的付款要求和对于报价的追加说明（如有）：

参与供应商盖章：

附件3

报名信息表

编号：

名称：

报名信息：

|  |  |
| --- | --- |
| 报名日期 |  |
| 公司全称 |  |
| 办公固话 |  |
| 电子信箱 |  |
| 公司地址 |  |
| 联系人 |  |
| 手机号码 |  |