**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LZ2013-13ZW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**

2024年4月12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**

护士鞋254双，其中女款236双，男款18双。基本要求为一脚蹬坡跟式（男鞋不要求坡跟），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，牛筋防滑鞋底，内配缓冲垫。建议价格水平双均约110元。

项目付款方式暂定为验收合格之日起60日内全额支付。

**四、论证的报名**

拟参加的供应商应当于 2024年4月10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1《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。

供应商可以分别提供女、男款各一种或者各两种，自行编号并与《报价单》中的编号一致。

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14:30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“七、实物样品”一起于2024年4月12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2格式的《法人授权委托书》1份

**（三）报价单**

附件3格式的《报价单》3份

**（四）市场应用**

附件4格式的供应商《市场应用情况表》3份（顺序为威海区域在前，其他区域在后，数量不超过20家）

**（五）服务方案（或产品优势）与质量保障措施**

自定义格式A4纸正反面打印的《服务方案（或产品优势）与质量保障措施》3份

**（六）其他资料**

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

**（七）实物样品**

与报价单种类一致的实物样品各1双，样品上标明编号。

**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），每页加盖供应商的红章，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）供应商报名结束后，医院将通过天眼查商业查询平台进行查询，发现供应商之间有出资、隶属、关联或者实际控制关系的，保留先报名供应商的参与资格，取消后报名供应商的参与资格并电话告知。

**八、联系人与联系方式**

联系人：王博

电 话：0631-5960192

邮 箱：slsyzbb@163.com

附件：1.报名信息表

2.法人授权委托书

 3.报价单

4.市场应用情况表

 威海市立第三医院

2024年4月1日

附件1

**报名信息表**

编号：

名称：

以下为具体报名信息

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

附件2

**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3

**报价单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **名称** | **单位** | **单价（元）** | **三包期** |
|  | 女款一 | 双 |  |  |
|  | 女款二 | 双 |  |  |
|  | 男款一 | 双 |  |  |
|  | 男款二 | 双 |  |  |

（可以女款男款各报1种，也可以女款男款各报2种）

护士鞋面、里、底使用的材料描述：

必须额外满足的付款要求和对于报价的追加说明（如有）：

供应商盖章：

附件4

**市场应用情况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **同类服务/产品采购单位** | **采购年度** | **联系人** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商盖章：