

# 满洲里市人民医院生活垃圾清运服务竞争性磋商公告

招标项目编号 ( NCL-2026017 )

项目所在地：内蒙古自治区,呼伦贝尔市,满洲里市

## 一、招标条件

本满洲里市人民医院生活垃圾清运服务已由项目审批/核准/备案机关批准，项目资金来源单位自筹资金:105000.00元，招标人为满洲里市人民医院。本项目已具备招标条件，招标方式为竞争性磋商。

## 二、项目概况和范围

项目编号：NCL-2026017

项目名称：满洲里市人民医院生活垃圾清运服务

采购方式：竞争性磋商

预算金额：105000.00元

采购需求：

合同包1：满洲里市人民医院生活垃圾清运服务（第1包）

合同包预算金额：105000.00元

| 品目号 | 品目名称 | 采购标的             | 数量(单位) | 技术规格、参数及要求 | 品目预算(元)   | 最高限价(元)   |
|-----|------|------------------|--------|------------|-----------|-----------|
| 1-1 | 清扫服务 | 满洲里市人民医院生活垃圾清运服务 | 1(项)   | 详见采购文件     | 105000.00 | 105000.00 |

合同包最高限价：105000.00元

本合同包不接受联合体投标

## 三、投标人资格要求：

- 1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；
- 2.落实政府采购政策需满足的资格要求：参与的供应商为符合政策要求的中小企业；
- 3.本项目的特定资格要求：

合同包1：（满洲里市人民医院生活垃圾清运服务（第1包））特定资格要求如下: 无；

本项目是否允许联合体投标：否。

## 四、招标文件获取

时间：2026年05月08日-2026年05月14日，每天上午09:00:00至12:00:00，下午14:30:00至17:00:00（北京时间,法定节假日除外）

地点：内蒙古自治区满洲里市北区健康路1号楼西二层门市

方式：现场获取

售价：0.00元

## 五、投标文件递交

递交截止时间：2026年05月19日09时30分00秒。

递交方式：纸质文件递交，内蒙古自治区满洲里市北区健康路1号楼西二层门市一楼开标室。

## 六、开标时间及地点

开标时间：2026年05月19日09时30分00秒。

开标地点：内蒙古自治区满洲里市北区健康路1号楼西二层门市一楼开标室。

## 七、其他

获取文件时，潜在供应商需要提供以下材料：

- 1、供应商营业执照等证明文件或者身份证明；
- 2、法定代表人必须提供本人身份证和法定代表人证明书；被授权人必须提供“法定代表人授权委托书”及本人身份证；
- 3、供应商基本账户开户许可证或银行出具的基本存款账户信息；
- 4、①提供递交响应文件截止之日前一年内（至少一个月）的良好缴纳税收的相关凭据；②提供递交响应文件截止之日前一年内（至少一个月）缴纳社会保险的凭证。

（其他组织和自然人也需要提供缴纳税收的凭据和缴纳社保的凭据。依法免税或不需要缴纳社会保障资金的供应商，应提供相应文件证明其依法免税或不需要缴纳社会保障资金。）

注：（1）以上资料须真实有效，要求提供以上资料原件及复印件，复印件加盖公章并胶装成册提供2份。资格文件不全或不符合要求的均不予接收。（2）证件原件是指原发证机关所发证件，扫描件、公证件及加盖公章的复印件、彩喷件一律不视为原件。（3）证件的复印件内容须与原件一致，否则不予接收。（4）获取文件时需单独提交公告附件《报名供应商登记表》填写完整并加盖公章。

公告发布媒介：中国招标投标公共服务平台(<http://www.cebpubservice.com/>)，内蒙古招投标公共服务平台(<https://www.nmgztb.com.cn/>)，中国采购与招标网；

## 八、监督部门

本项目监督部门为满洲里市人民医院。

## 九、联系人

招标人：满洲里市人民医院

地址：满洲里市合作区世纪大道东100号

联系人：叶先生

电话：0470-3188151

邮件：/

招标代理机构：内蒙古诚霖建设项目管理有限公司

地址：内蒙古自治区满洲里市北区健康路1号楼西二层门市

联系人：王颜娇



电话：0470-6269998

邮件：[NCL3926@163.com](mailto:NCL3926@163.com)

招标人或其代理机构主要负责人(项目负责人) 王淑娟 (签名)

招标人或其代理机构： (盖章)



# 报名供应商登记表

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 项目名称    |  | 项目编号   |  |
| 供应商(全称) |  | 所投分包   |  |
| 法人代表    |  | 营业执照证号 |  |
| 注册资金    |  | 身份证号   |  |
| 地址      |  | 资质等级   |  |
| 经营范围    |  |        |  |
| 开户行     |  | 账号     |  |
| 委托人     |  | 身份证号   |  |
| 联系电话    |  | 手机     |  |
| 电子邮箱    |  | 邮编     |  |

供应商(公章)

年 月 日

