

通辽市人民医院院级培训拓展服务项目竞争性磋商公告

招标项目编号 (AHKRZB-2025-075)

项目所在地: 内蒙古自治区,通辽市,市辖区

一、招标条件

本通辽市人民医院院级培训拓展服务项目已由项目审批/核准/备案机关批准,项目资金来源其他资金:34.8万元,招标人为通辽市人民医院。本项目已具备招标条件,招标方式为其他。

二、项目概况和范围

规模: 通辽市人民医院院级培训拓展服务项目 (详见竞争性磋商文件);

范围: 本招标项目划分为1个标段,本次招标为其中的:

通辽市人民医院院级培训拓展服务项目

三、投标人资格要求:

【1】通辽市人民医院院级培训拓展服务项目的投标人资格能力要求:

1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定; (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)参加政府采购活动前三年内,在经营活动中没有重大违法记录; (6)法律、行政法规规定的其他条件。以上资料,供应商在投标(响应)时,按照通辽市财政局关于印发《通辽市政府采购“双向承诺+信用管理”工作方案》的通知(通财购〔2023〕195号)文件规定,提供《通辽市政府采购供应商信用承诺函》(详见招标文件附件1),无需提交证明材料。采购人有权在签订合同前要求中标(成交)供应商提供相关证明材料以核实中标(成交)供应商承诺事项的真实性。2.落实政府采购政策需满足的资格要求:支持中小企业发展、扶持监狱企业、扶持残疾人福利单位。3.本项目的特定资格要求:3.1信誉要求:(1)根据《关于在政府采购活动中查询及使用信用记录有关问题的通知》(财库[2016]125号)的规定,被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)“失信被执行人”-(此项查询以信用中国网站自动链接至中国执行信息公开网的查询结果为准)、“税收违法黑名单”和中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)“政府采购严重违法失信行为记录名单”栏目中有失信等负面信息的潜在供应商,将拒绝其参加本项目。3.2单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商,不得参加同一合同项下的政府采购活动。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,不得参加该采购项目的其他采购活动。3.3本项目不接受联合体投标。;

本项目是否允许联合体投标: 否。

四、招标文件获取

获取时间: 从2025-09-13 08:30:00到2025-09-19 17:30:00。

获取方式: 本项目采用远程报名方式, 邮件领取, 邮箱: 794111562@qq.com。投标单位需递交与本项目的相关资料(详见其他补充事宜)。。

五、投标文件递交

递交截止时间: 2025-09-26 14:30:00。

通辽市人民医院院级培训拓展服务项目 竞争性磋商公告

项目概况

通辽市人民医院院级培训拓展服务项目的潜在供应商应在安徽科睿工程项目管理有限公司获取竞争性磋商文件，并于2025年09月26日14点30分（北京时间）前提交响应文件。

一、项目基本情况

- 1、项目编号：AHKRZB-2025-075
- 2、项目名称：通辽市人民医院院级培训拓展服务项目
- 3、采购方式：竞争性磋商
- 4、内容及划分采购包情况

包号	采购标的	数量	采购需求	预算金额（元）
1	通辽市人民医院院级培训拓展服务项目	1项	详见第五章 项目需求	348000.00

5、采购需求：（包括但不限于标的的名称、数量、简要技术需求或服务要求等）

- 5.1 服务地点：通辽市人民医院
- 5.2 标段划分：1个标段
- 5.3 招标范围：通辽市人民医院院级培训拓展服务项目
- 5.4 质量要求：符合采购人要求
- 6、服务期限：18个月。
- 7、本项目是否接受联合体投标：否
- 8、资格审查方式：资格后审

二、申请人资格要求

1. 满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定：
 - (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) 参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

(6) 法律、行政法规规定的其他条件。

以上资料，供应商在投标(响应)时，按照通辽市财政局关于印发《通辽市政府采购“双向承诺+信用管理”工作方案》的通知（通财购〔2023〕195号）文件规定，提供《通辽市政府采购供应商信用承诺函》（详见招标文件文件附件1），无需提交证明材料。采购人有权在签订合同前要求中标（成交）供应商提供相关证明材料以核实中标（成交）供应商承诺事项的真实性。

2. 落实政府采购政策需满足的资格要求：

支持中小企业发展、扶持监狱企业、扶持残疾人福利单位。

3. 本项目的特定资格要求：

3.1 信誉要求：

(1) 根据《关于在政府采购活动中查询及使用信用记录有关问题的通知》（财库〔2016〕125号）的规定，被列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）“失信被执行人”-（此项查询以信用中国网站自动链接至中国执行信息公开网的查询结果为准）、“税收违法黑名单”和中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为记录名单”栏目中有失信等负面信息的潜在供应商，将拒绝其参加本项目。

3.2 单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动。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，不得参加该采购项目的其他采购活动。

3.3 本项目不接受联合体投标。

三、获取竞争性磋商文件

3.1、获取时间：2025年09月13日至2025年09月19日，每天上午08:30—12:00，下午2:00—5:30（北京时间，法定节假日除外）。

3.2、获取地点：安徽科睿工程项目管理有限公司

3.3、获取方式：本项目采用远程报名方式，邮件领取，邮箱：794111562@qq.com。投标单位需递交与本项目的相关资料（详见其他补充事宜）。

3.4、售价：0元。

四、响应文件的提交

4.1 时间：2025年09月26日14时30分（北京时间）；

4.2 地点：通辽市人禾大酒店（通辽建国路店）1楼会议室。

纸质响应文件逾期送达或者未送达指定地点的响应文件，采购人或其采购代理机构不予受理。

五、响应文件的开启

5.1 时间：2025年09月26日14时30分（北京时间）；

5.2 地点：通辽市人禾大酒店（通辽建国路店）1楼会议室

六、发布公告的媒介及公告期限

本次招标公告在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.nmgzbtb.com.cn/>)上发布。招标公告期限为五个工作日。

七、其他补充事宜：

获取招标文件时，供应商须提供以下材料：

投标申请表；

参与供应商出具经法定代表人签字、公司盖章的授权委托书（附法定代表人和授权委托人的身份证复印件）或者法定代表人身份证明文件；

营业执照副本；

供应商须提供以上证件复印件加盖公章，资料提供不全者拒绝接收，迟到的投标申请表将被拒绝，以提供资料送达时间为准（投标申请表：详见附件）。

自招标文件领取之日起，供应商应保证其提供的通讯手段（联系人、联系电话、电子邮箱、传真等）一直有效，以保证有关函件（补遗书、变更通知等）能及时通知供应商，并能及时反馈信息，否则后果自负。

八、凡对本次招标提出询问，请按照以下方式联系：

1、采购人信息：

采购单位：通辽市人民医院

地址：通辽市科尔沁大街668号

邮政编码：028000

联系人：通辽市人民医院

联系电话：0475-8251568

2、采购代理机构信息：

名称：安徽科睿工程项目管理有限公司

地址：安徽省宣城市宣州区南市路 120 号府山东郡 10 栋 19 层

联系人：李女士

联系电话：13789655332

3、项目联系方式

项目联系人：李女士

联系电话：13789655332

投标申请表

申请时间： 年 月 日

项目名称			
供应商名称			
详细地址		联系电话	
企业营业执照编号		注册资金	
经济性质		主管部门	
开户银行			
帐号			
联系人		邮箱	
法定代表人（授权委托人）：（签字或盖章）			
投标单位：（盖章）			

注：需后附营业执照副本复印件、授权委托书加盖公章。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

法定代表人身份证明

投标人：_____

单位性质：_____

地 址：_____

成立时间：_____年_____月_____日

经营期限：_____

姓 名：_____性 别：_____

年 龄：_____职 务：_____

系_____（投标人名称）的法定

代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件或扫描件

投标人：_____（盖单位公章）

_____年_____月_____日

授权委托书

本人_____（姓名）系_____（投标人名称）的法定代表人，现委托_____（姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义获取_____（项目名称）招标文件和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：_____。

代理人无转委托权。

投标人：_____（盖单位章）

法定代表人：_____（签字）

身份证号码：_____

委托代理人：_____（签字）

身份证号码：_____

_____年_____月_____日

注：法定代表人身份证、委托代理人身份证

