

地方病防控科宣传品、公卫科宣传品采购招标公告

招标项目编号 (NMGHQ-C-H-2026002)

项目所在地：内蒙古自治区,赤峰市,市辖区

一、招标条件

本地方病防控科宣传品、公卫科宣传品采购已由项目审批/核准/备案机关批准，项目资金来源国有资金:15.122万元，招标人为赤峰市疾病预防控制中心（赤峰市卫生监督所）。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：/；

范围：本招标项目划分为1个标段，本次招标为其中的：

地方病防控科宣传品、公卫科宣传品

三、投标人资格要求：

【1】地方病防控科宣传品、公卫科宣传品的投标人资格能力要求：

1.供应商应符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件。（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；2.到提交响应文件的截止时间，供应商未被列入失信被执行人、重大税收违法失信主体、政府采购严重违法失信行为记录名单。（以通过查询“信用中国”网站和“中国政府采购网”网站的信用记录内容为准。）3.供应商须提供有效的《医疗器械经营许可证》或《第二类医疗器械经营备案凭证》，供应商如是生产厂家还须提供有效的《医疗器械生产许可证》；；

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2026-05-11 08:30:00到2026-05-13 17:30:00。

获取方式：邮箱获取。

五、投标文件递交

递交截止时间：2026-05-14 09:00:00。

递交方式：电子文件上传递交，赤峰市新城区天义路西财富大厦A座5楼503室。

六、开标时间及地点

开标时间：2026-05-14 09:00:00。

开标地点：赤峰市新城区天义路西财富大厦A座5楼503室。



七、其他

邮箱领取。确认参与本项目的供应商在此期间内，需将以下资料原件扫描件发送至nmghongqi@163.com，并通知联系人，由采购人或采购代理机构受理，材料齐全后领取谈判文件。超过确认参与截止时间再递交的材料，不予接收。联系电话：18147699706。①文件领取登记表（附件1）；②领取人身份证明：法定代表人授权委托书或法人身份证明（附件2、附件3）；③三证合一（或多证合一）营业执照副本；

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

八、监督部门

本项目监督部门为**赤峰市疾病预防控制中心（赤峰市卫生监督所）**。

九、联系人

招标人：**赤峰市疾病预防控制中心（赤峰市卫生监督所）**

地址：**赤峰市新城区**

联系人：**梁晓斌**

电话：**0476-5891221**

邮件：**5891221@163.com**

招标代理机构：**内蒙古鸿奇工程项目管理有限公司**

地址：**/**

联系人：**谭佳宝**

电话：**18147699706**

邮件：**nmghongqi@163.com**

招标人或其代理机构主要负责人（项目负责人） 谭佳宝 （签名）

招标人或其代理机构： 内蒙古鸿奇工程项目管理有限公司 （盖章）



附件1

地方病防控科宣传品、公卫科宣传品采购项目谈判文件领取登记

记表

序号	供应商填写内容		备注
1	供应商名称 (加盖公章)		
2	统一社会信用代码		
3	营业期限		
4	法定代表人姓名		
5	委托代理人姓名		法人办理 无需提供
6	单位联系电话		
7	单位邮箱		
8	确认参与时间	年 月 日 时 分	
9	备注		

法定代表人身份证明

姓名：_____ 性别：_____

年龄：_____ 职务：_____

系_____（供应商名称）的法定代表人（单位负责人）。

特此证明。

法定代表人身份证正面复印件或扫描件打印件

（本证件需直接放置复印件或扫描件打印件，且身份证号码必须清晰，不允许纸质粘贴粘贴）

法定代表人身份证反面复印件或扫描件打印件

（本证件需直接放置复印件或扫描件打印件，且身份证号码必须清晰，不允许纸质粘贴粘贴）



注：法定代表人亲自参加投标适用，委托代理人参加投标可不提供。本身份证明需由供应商加盖单位公章。

供应商名称加盖公章：

年 月 日

附件3

授权委托书

本人_____（姓名）系_____（供应商名称）的法定代表人，现委托（姓名）为我方授权代表。授权代表根据授权，以我方名义签署、澄清确认、递交、撤回、修改_____（项目名称）投标文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。委托期限：_____。

授权代表无转委托权。

供应商：_____（加盖公章）

法定代表人：_____（签字）

授权代表：_____（签字）



法定代表人 身份证 扫描件	法定代表人身 份证扫描件
正面	反面
授权代表 身份证扫 描件	授权代表身 份证扫描件
正面	反面

_____年____月____日