2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目招标公告

招标项目编号（ZYCG-2026-012HW）

项目所在地：内蒙古自治区,赤峰市,阿鲁科尔沁旗

一、招标条件

本**2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目**已由项目审批/核准/备案机关批准，项目资金来源**其他资金:565993.55**，招标人为**阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心**。本项目已具备招标条件，招标方式为**公开招标。**

二、项目概况和范围

规模：**具体耗材要求详见招标文件**；

范围：本招标项目划分为**1**个标段，本次招标为其中的：

2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目

三、投标人资格要求：

【1】2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目的投标人资格能力要求：

1.投标人应符合《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.到提交投标文件的截止时间，投标人未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、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.落实政府采购政策需满足的资格要求：无。 4.其他特定资质要求：供应商须具有医疗器械经营许可证。；

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2026-03-12 08:30:00到2026-03-18 17:30:00。**

获取方式：**邮箱领取。确认参与本项目的供应商在上述期间内，需将以下资料扫描件发送至cfzydl@163.com，由采购代理机构进行登记，供应商应在发送资料后致电核实是否收到。材料齐全后代理机构将公开招标文件发送至邮箱。超过确认参与截止时间再递交的材料，不予接收。联系人：杨展超；联系电话：0476-8282842。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；③三证合一（或多证合一）营业执照副本；注：本阶段仅针对参与投标的投标人进行登记，不对投标人的资格进行审查。 3.售价：本次招标文件的售价为 0 元人民币。。**

五、投标文件递交

递交截止时间：**2026-04-01 09:00:00。**

递交方式：**纸质文件递交，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：**2026-04-01 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

详见公告附件；

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/)；

八、监督部门

本项目监督部门为**阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心。**

九、联系人

招标人：**阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心**

地址：**阿鲁科尔沁旗天山镇**

联系人：**韩永新**

电话：**0476-7224959**

邮件：**13034768255@163.com**

招标代理机构:**内蒙古正益工程项目管理有限公司**

地址：**赤峰市新城区天义路西财富大厦A座五楼**

联系人：**杨展超**

电话：**0476-8282842**

邮件：**1149793208@qq.com**

招标人或其代理机构主要负责人（项目负责人）：杨展超 (签名)

招标人或其代理机构：： (盖章)

第一章 2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目招标公告

内蒙古正益工程项目管理有限公司受采阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心委托，采用公开招标方式组织2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目。欢迎符合资格条件的投标人参加投标。

一、项目基本情况

1.项目名称：2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目

2.项目编号：ZYCG-2026-012HW

3.预算金额：565993.55元

4.合同履行期限：签订合同之日起按合同履约至2027年3月31日

5.采购需求：具体耗材要求详见招标文件。

二、投标人的资格要求

1.投标人应符合《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.到提交投标文件的截止时间，投标人未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、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.落实政府采购政策需满足的资格要求：无。

4.其他特定资质要求：供应商须具有医疗器械经营许可证。

5.本项目资格要求具体内容详见招标文件中第六章资格性审查的详细要求。

6.本合同包不接受联合体投标。

三、获取招标文件的时间、地点、方式

1.获取招标文件的期限：2026年03月12日至2026年03月18日，每天上午08:30:00至11:30:00，下午14:30:00至17:30:00（北京时间,法定节假日除外）；

2.获取招标文件的方式：邮箱领取。确认参与本项目的供应商在上述期间内，需将以下资料扫描件发送至cfzydl@163.com，由采购代理机构进行登记，供应商应在发送资料后致电核实是否收到。材料齐全后代理机构将公开招标文件发送至邮箱。超过确认参与截止时间再递交的材料，不予接收。联系人：杨展超；联系电话：0476-8282842。

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；

③三证合一（或多证合一）营业执照副本；

注：本阶段仅针对参与投标的投标人进行登记，不对投标人的资格进行审查。

3.售价：本次招标文件的售价为 0 元人民币。

四、递交投标（响应）文件截止时间、开标时间及地点

递交投标（响应）文件截止时间：2026年04月01日09点00分（北京时间）

投标地点：赤峰市新城区天义路西财富大厦A座5楼503室。

开标时间：2026年04月01日09点00分（北京时间）

开标地点：赤峰市新城区天义路西财富大厦A座5楼503室。

五、公告期限

自本公告发布之日起5个工作日。

六、其他补充事宜

发布公告的媒介：本次招标公告在《中国招投标公共服务平台》（http://www.cebpubservice.com/）、内蒙古招投标公共服务平台（https://www.nmgztb.com.cn/）上发布，其它媒介转发无效。

七、联系方式

采购单位名称：阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心

地址：阿鲁科尔沁旗天山镇

联系人： 韩永新

联系电话：0476-7224959 13034768255

采购代理机构名称：内蒙古正益工程项目管理有限公司

地址：内蒙古自治区赤峰市新城区天义路西财富大厦A座5楼

联系人：杨展超

联系电话：0476-8282842

附件1

2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目
招标文件领取登记表

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		
6	委托代理人联系电话		
7	委托代理人邮箱		
8	确认参与时间	年　月　日　时　分	
9	备注		

附件2

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。

供应商名称加盖公章：

年　　月　　日

附件3

授权委托书

阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心、内蒙古正益工程项目管理有限公司：

兹授权我单位_____（姓名）作为参加贵单位组织的2026年度阿鲁科尔沁旗疾病预防控制中心耗材采购项目（项目编号：_____）的委托代理人，委托代理人全权代表我单位处理本次投标中的有关事务，并签署全部有关文件、协议及合同，我单位对委托代理人签署内容负全部责任。

本授权书于盖章签字后生效，在贵单位收到撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人签署的所有文件不因授权的撤销而失效。委托代理人无转委托权。

特此委托。

附：法定代表人及委托代理人身份证正反面

法定代表人身份证正面 扫描件或复印件 （本证件需直接扫描或复印，且身份证号码必须清晰，不允许粘贴）	委托代理人身份证正面 扫描件或复印件 （本证件需直接扫描或复印，且身份证号码必须清晰，不允许粘贴）
法定代表人身份证反面 扫描件或复印件 （本证件需直接扫描或复印，且身份证号码必须清晰，不允许粘贴）	委托代理人身份证反面 扫描件或复印件 （本证件需直接扫描或复印，且身份证号码必须清晰，不允许粘贴）

注：法定代表人或单位负责人亲自办理投标事宜可不提供。

供应商名称加盖公章：

法定代表人或单位负责人：　　（签字或盖章）　联系电话：

委托代理人：　　（签字或盖章）　联系电话：

年　月　日