赤峰市肿瘤医院GE16排CT维保服务项目招标公告

招标项目编号（TLHDL-2026-009）

项目所在地：内蒙古自治区,赤峰市,红山区

一、招标条件

本**赤峰市肿瘤医院GE16排CT维保服务项目**已由项目审批/核准/备案机关批准，项目资金来源**自筹资金:29万元**，招标人为**赤峰市肿瘤医院**。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

规模：**赤峰市肿瘤医院GE16排CT维保服务项目**；

范围：本招标项目划分为**1**个标段，本次招标为其中的：

赤峰市肿瘤医院GE16排CT维保服务项目

三、投标人资格要求：

【1】赤峰市肿瘤医院GE16排CT维保服务项目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。 2.资格审查时，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，相关信用情况通过“信用中国”网站、中国政府采购网等渠道查询。 3.落实政府采购政策需满足的资格要求：如属于专门面向中小企业采购的项目,提供货物、工程或者服务的供应商应符合享受中小企业扶持政策，并提供《中小企业声明函》。监狱企业、残疾人福利性单位视同小型、微型企业。 4.本项目的特定资格要求： 无；

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2026-08-22 08:30:00到2026-08-28 17:30:00。**

获取方式：**报名供应商应持法定代表人身份证明（附件1）、授权委托书（附件2）、参与磋商确认函（附件3）、营业执照副本复印件，以上资料提供1份并加盖公章，发送至邮箱：617095502@qq.com，线上获取磋商文件。**

五、投标文件递交

递交截止时间：**2026-09-03 09:00:00。**

递交方式：**纸质文件递交，赤峰市松山区临潢大街众合大厦708。**

六、开标时间及地点

开标时间：**2026-09-03 09:00:00。**

开标地点：**赤峰市松山区临潢大街众合大厦708。**

七、其他

无；

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**/**。

九、联系人

招标人：**赤峰市肿瘤医院**

地址：**赤峰市红山区解放街45号**

联系人：**王老师**

电话：**0476-8890038**

招标代理机构:**赤峰天利和工程咨询有限公司**

地址：**赤峰市松山区临潢大街众合大厦708**

联系人：**闫工**

电话：**0476-8866661**

招标人或其代理机构主要负责人（项目负责人）：刘威 （签名）

招标人或其代理机构：_____ （盖章）

附件1：

法定代表人身份证明

供 应 商：_____

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_____（供应商名称）的法定代表人 。

特此证明。

法定代表人身份证 扫描件或复印件（正反） （本证件需直接扫描或复印，且身份证号码必须清晰，不允许用胶水粘贴）

供应商名称：_____（加盖公章）

年　　月　　日

附件2：

授权委托书

_____（采购人）：

兹授权我单位_____（姓名）作为参加贵单位组织的_____（项目名称）竞争性磋商采购活动（磋商文件编号_____）的委托代理人，委托代理人全权代表我单位处理本次磋商中的有关事务，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，在贵单位收到撤消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消而失效。委托代理人无转委托权。

特此委托。

法定代表人身份证 扫描件或复印件（正反）	委托代理人身份证 扫描件或复印件（正反）

供应商名称：（加盖公章）

法定代表人：（签字或盖章）

委托代理人：（签字或盖章）

年　　月　　日

附件3：

参与磋商确认函

_____（采购人）：

_____（供应商名称）参加贵方组织的_____（项目名称）（项目编号：　　）竞争性磋商的有关活动，为此我方承诺：

1、已经具备《中华人民共和国政府采购法》中第二十二条中规定的条件；

2、严格遵守《中华人民共和国政府采购法》的有关规定；

3、按磋商文件要求参与本次磋商活动并递交响应文件。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

联系人：

联系电话：

日期：