

聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查竞争性磋商公告

招标项目编号 (2026-RENX-006)

项目所在地: 内蒙古自治区,赤峰市,喀喇沁旗

一、招标条件

本聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查已由项目审批/核准/备案机关批准,项目资金来源国有资金:40万元,招标人为喀喇沁旗医疗保障局。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: 详见采购文件;

范围: 本招标项目划分为1个标段,本次招标为其中的:

聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查

三、投标人资格要求:

【1】聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查的投标人资格能力要求:

详见附件;

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2026-06-02 08:00:00到2026-06-08 21:00:00。

获取方式: 详见附件。

五、投标文件递交

递交截止时间: 2026-06-12 09:00:00。

递交方式: 纸质文件递交, 详见附件。

六、开标时间及地点

开标时间: 2026-06-12 09:00:00。

开标地点: 详见附件。

七、其他

详见附件;

竞争性磋商公告（磋商邀请）

内蒙古仁星项目管理咨询有限公司受喀喇沁旗医疗保障局委托，采用竞争性磋商方式组织采购聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查项目，欢迎符合资格条件的供应商前来报名参加。

一、项目概述

1、名称与编号

项目名称：聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查

项目编号：2026-RENX-006

2、内容及分包情况（技术规格、参数及要求）

包号	标的名称	数量	计量单位	采购要求	采购预算（最高限价）	所属行业	报价形式
1	聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查	1	项	详见磋商文件	40.0 万元	其他未列明行业	总价

二、供应商的资格要求

1. 供应商应符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条：

- 具有独立承担民事责任的能力；
- 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
- 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
- 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
- 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；
- 法律、行政法规规定的其他条件。

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。（查询时间应在获取采购文件时间至递交投标（响应）文件截止时间内）

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。

5. 本项目不接受联合体投标。

三、获取采购文件的时间、地点、方式

1. 时间：2026年06月02日至2026年06月08日，每天上午8:00至12:00，下午12:00至21:00（北京时间，法定节假日除外）；

2. 获取竞争性磋商文件的地点：邮箱；

3. 获取竞争性磋商文件的方式：邮箱领取。确认参与本项目的供应商应在上述时间内，需将以下资料扫描件发送至 nmgrx112@163.com，邮件主题写明“项目名称+供应商名称”，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竞争性磋商文件发送至邮箱。超过确认参与截止时间再递交的材料，不予接收。联系人：隋女士；联系电话：18847695135。

①文件领取登记表（见附件）；

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（见附件）；

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供应商进行登记，不对供应商的资格进行审查。

4. 售价：本次竞争性磋商文件的售价为 0 元人民币。

四、采购文件售价

不收取

五、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 06 月 12 日 09 时 00 分

投标地点：内蒙古自治区赤峰市松山区玉龙大街中核大厦北侧 157-3 号 2 楼会议室

开标时间：2026 年 06 月 12 日 09 时 00 分

开标地点：内蒙古自治区赤峰市松山区玉龙大街中核大厦北侧 157-3 号 2 楼会议室

六、公告期限

自本公告发布之日起 3 个工作日。

七、其他补充事宜

本次招标公告同时在《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》(zbgg.nmgztb.com.cn)、其它媒介转发无效。

八、联系方式

代理机构：内蒙古仁星项目管理咨询有限公司

地址：内蒙古自治区赤峰市松山区八家组团临潢大街南、支七路以西东巨办公楼 1 号 01111, 1103 室

联系人：隋女士

电话：18847695135

采 购 人：喀喇沁旗医疗保障局

联系地址：赤峰市锦山镇锦南大街 171 号

联 系 人：王先生

电 话：0476-3755288

附件 1

聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查项目磋商文件领取登记表

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	拟投项目名称及包号		
5	项目编号		
6	委托代理人及联系电话		
7	委托代理人邮箱		
8	确认参与时间	年 月 日	
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）

**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）

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

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、修改聘请第三方对旗域内定点医药机构医保基金使用情况专项检查响应文件、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）

<p style="text-align: center;">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)</p>	<p style="text-align: center;">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)</p>
<p style="text-align: center;">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)</p>	<p style="text-align: center;">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)</p>

注：委托代理人参加投标适用，法定代表人亲自参加投标可不提供。