

湖州市妇幼保健院医疗机构责任保险项目院内议价公告

根据《中华人民共和国政府采购法》等有关规定，我院就医疗机构责任保险项目进行院内议价，欢迎国内合格的供应商前来投标。

一、项目编号：hfbcg2024-36

二、采购组织类型：自行采购

三、采购方式：院内议价

四、招标项目概况（内容、用途、数量、简要技术要求等）

标项号	标项内容	数量	单位	预算（万元）	备注
1	医疗机构责任保险项目	1	年	4.5 万元	医务人员执业责任保险 97 份。

五、供应商资格条件

1. 符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的规定：

- 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；
- 具有中国银行保险监督管理委员会核准颁发的《经营保险业务许可证》；
- 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；

六、院内议价报名时间及地点等：

1. 院内议价报名时间：2024 年 7 月 24 日至 2024 年 7 月 26 日（双休日及法定节假日除外）；上午：8:00-12:00，下午：13:30-17:00；

报名截止时间：2024 年 7 月 26 日 17:00 时

2. 议价报名方式及地点：湖州市妇幼保健院综合楼四楼采供科，现场报名或邮件报名（邮件报名时请将填写完整的报名登记表、文件资料发送至 117901980@qq.com）

3. 采购与供应中心联系人：沈老师 联系电话：0572-2030230

监察室联系人：汤老师 联系电话：0572-2030009

七、报名时应携带的资料：

1. 法人授权委托书和法人代表身份证；

2. 营业执照、组织机构代码证等；

上述材料均需提供原件或复印件，复印件加盖公章。

八、议价具体时间及地点：报名截止后另行通知。

湖州市妇幼保健院

2024. 7. 24

投 标 报 名 登 记 表

手填请正楷填写

招标编号	hfbcg2024-36	标项号	
项目名称			
报名单位名称			
联系人姓名			
手机		邮箱	
填表日期	2024 年 ____ 月 ____ 日		

非现场报名时：可将填写完整的投标报名登记表、报名资料[发送至 117901980@qq.com](mailto:117901980@qq.com)
