# 附件1：四川省妇幼保健院天府院区营养餐厅劳务外包服务及天府院区营养餐厅食材（含成人营养制剂、儿童营养制剂）采购项目市场调研会需求

我院天府院区位于成都市双流区岐黄二路1515号，此次营养餐厅劳务外包服务及食材采购项目均用于天府院区，请各潜在的供应商来院调研并提供调研资料。

第一包：天府院区营养餐厅劳务外包服务：营养餐厅主要服务院内医务人员及就诊患者，就餐形式主要为套餐、面食及风味餐等形式，现就餐人数日均约800人次（早上150人次，中午500人次，下午150人次）。请各潜在供应商提供人员配置清单以及劳务外包服务的执行方案，此方案需能充分调动劳务外包人员的工作积极性，方案合理，可执行度高。

第二包：食堂食材采购：各潜在供应商需提供营养餐厅日常运行所需的米、面、油、肉制品、蔬菜、蛋、调料等各类所需物资的配送方案以及核价方案。

第三包：成人营养制剂：各潜在供应商需提供营养科日常运行所需的成人营养制剂的配送方案。

第四包：儿童营养制剂：各潜在供应商需提供营养科日常运行所需的儿童营养制剂的配送方案。

**附件2： 品目及报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 制造商 名称 | 品牌 | 包装（小）规格、型号 | 单位 | 成交单价 （元） | 配送企业 名称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1. 报价应是最终用户验收合格后的总价，包括设备运输、保险、代理、安装调试、培训、税费、系统集成费用和采购文件规定的其它费用。

2.“包号”，按照各产品技术参数对应的包号填写。

3.“报价一览表”为多页的，每页均需由法定代表人或授权代表签字并盖投标人印章。

4、对“各组成部件”未注明“标准件”或“选配件”的，均视为标准配件。

公司名称：

代表签字： 联系方式：

日期：

**附件:3： 业绩证明表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 品名 | 规格型号 | 数量 | 价格 |
| 省内 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 省外 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

说明： 1、只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。

**附件4： 质量保证书**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*：

（制造商家名称）是在 .（国名）依法登记注册的，其地址现在 。其主要营业地点现在 。

作为供应商，我方承诺，为本次招标提供的货物为原厂制造、合法渠道供应的全新产品。我方保证以投标合作者来约束自己，并对该投标共同承担和分别承担招标文件中所规定的义务。

供应商单位名称： （盖章）

供应商单位法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

附：授权销售产品清单

**附件5： 法定代表人身份授权书**

（采购单位名称）：

本授权声明： （投标人名称）

（法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人或授权代表签字：

投标人名称： （加盖公章）

日期：

★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。