

靖江市滨江新区卫生院医务人员意外伤害及重大疾病保险采购公告
(招标编号:BJXQWSY2024-007)

项目所在地区:江苏省泰州市靖江市

一、招标条件

本靖江市滨江新区卫生院医务人员意外伤害及重大疾病保险已由项目审批/核准/备案机关批准,项目资金来源为,招标人为靖江市滨江新区卫生院。本项目已具备招标条件,现招标方式为公开招标。

二、项目概况和招标范围

规模:靖江市滨江新区卫生院医务人员意外伤害及重大疾病保险预算金额为13.5万元

范围:本招标项目划分为1个标段,本次招标为其中的:

靖江市滨江新区卫生院医务人员意外伤害及重大疾病保险

三、投标人资格要求

靖江市滨江新区卫生院医务人员意外伤害及重大疾病保险:

1、具有独立承担民事责任的能力;2、具备履行合同所必需的保险产品和专业技术能力;①经中国银行保险监督管理委员会批准的在泰州市设立分支机构的保险公司②同一保险总公司的不同分、支公司,只能有一家机构参加,以先报名者拥有资格。3、有依法缴纳税收和职工社会保障基金的良好记录;4、参加本次政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录;5、法律、行政法规规定的其他条件。

本项目不允许联合体投标。

四、招标文件的获取

获取时间:2024-12-09 08:00到2024-12-11 17:00

获取方式:面取

五、投标文件的递交

递交截止时间:2024-12-16 15:00

递交方式:密封面交

六、开标时间及地点

开标时间:2024-12-16 15:00

开标地点:靖江市滨江新区卫生院门诊三楼小会议室

七、其他

请有意向的保险公司将经营资质证照复印件(加盖公章)、法人及代理人身份证复印件(加盖公章)和法人授权委托书原件(加盖公章)在报名截止时间前送交纸质版(加盖公章)到靖

江市滨海新区卫生院门诊三楼党政办。报名截止时间:2024年12月11日17:00, 报名资格通过后, 获取报价文件。

附:法人授权委托书(样版)

法人授权委托书

本授权委托书声明:我xxx(姓名)系xxxxx单位的法定代表人, 现授权委托xxx(姓名)为我公司代理人, 以本公司的名义参加xxxxx采购活动。代理人在采购过程中所签署的一切文件和处理与这有关的一切事务, 我均予以承认。代理人在授权委托书有效期内签署的所有文件不因授权委托书的撤销而失效, 除非有撤销授权委托的书面通知, 本授权委托书自参加采购报名开始至合同履行完毕止。

代理人无转委托权。特此委托。

委托人单位:(公章)

法定代表人身份证号码:

法定代表人:(签字或签章)xxx

代理人身份证号码:代理人:(签字)xx

代理人联系电话:

电子邮箱:

日期:年月日

八、监督部门

本招标项目的监督部门为。

九、联系方式

招 标 人: 靖江市滨海新区卫生院
地 址: 靖江市工农路307号
联 系 人: 高先生
电 话: 0523-80503030
电 子 邮 件: bjxqwsy@163.com

招 标 代 理 机 构: /
地 址: /
联 系 人: /
电 话: /
电 子 邮 件: /

招标人或其招标代理机构主要负责人(项目负责人)高金水(签名)
招标人或其招标代理机构: (盖章)