【食堂食材食用油类】采购项目市场调查公告

**各供应商：**

我院食堂食材食用油类采购项目现进入市场调查阶段，欢迎符合资格条件的供应商前来报名参与。我院将根据市场调查的结果，邀请符合我院需求的供应商进行院内邀请论证（谈判）会，具体时间另行通知。本项目不属于政府采购类。

一、**采购项目概况：**1、项目名称：**食堂食材食用油类**

2、项目编号：FSZYYZWCG2023050403

3、项目预算控制价：55万元/年

4、服务期：2年

5、定点供货资格供应商数量：1家

6、用户需求：详见附件1**（\*供应商必须响应用户需求书全部内容）**

二、**报名供应商资格要求：**

1、供应商必须具有独立法人资格，能独立承担民事责任和合同义务。

2、供应商必须具有有效的中华人民共和国企业法人营业执照，执照中必须具有本项目的经营范围。

3、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

4、供应商须具备履行合同的设备和专业技术能力。

5、供应商应遵纪守法、诚信经营，近三年内（自本项目发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录。

6、供应商须未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)以下任何记录名单之一：①失信被执行人；②重大税收违法案件当事人名单；③政府采购严重违法失信行为。

7、供应商应具有有效的《食品经营许可证》，如为生产厂家直接供货，需提供生产厂家《食品生产许可证》。

8、本项目不接受联合体参与谈判。

三、**网上公告时间及报名时提交的文件要求**

1、报名时间：即日起至2023年5月10日17:00止。  
2、报名时需提交的文件（A4纸，双面打印并按照以下顺序装订完整并每页加盖公章）：

（1）报名资料封面（格式见附件2）。

（2）报名文件目录（格式见附件3）。

（3）企业法人营业执照（副本）复印件。营业执照经营范围如注明“具体经营项目请登录商事主体信息公示平台查询”的，须打印商事主体信息公示平台查询页。

（4）税务登记证书（国、地税）复印件。

（5）组织机构代码证复印件。

（6）如已办理营业执照、税务登记证、组织机构代码证三证合一的企业，请提交加载法人和其他组织统一社会信用代码的营业执照复印件。

（7）自行登录“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)，下载并打印《信用信息报告》（下载日期应在本公告发布日期之后）。

（8）参与人如为法人代表，须提交供应商法人代表证明书（格式见附件4）法人代表第二代居民身份证复印件（原件备核）。参与人如为授权代理人，须提交供应商法人代表证明书及法人代表第二代居民身份证复印件、法人授权书（格式见附件5）及授权代理人第二代居民身份证复印件（原件备核）及授权代理人近三个月社保缴费证明。

（9）提交有效的《食品经营许可证》复印件,拟投产品《食品生产许可证》复印件及近一年内第三方检测机构出具的检测报告复印件。

（10）提供遵纪守法、诚信经营、近三年内（自论证公告发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录的承诺书。（格式见附件6）。

（11）如有则提交2020年1月1日（以合同签订时间为准）至今的同类业绩（格式见附件7）和完整的合同复印件，并提供用户满意度评价，作为评审依据之一。（①供应商最多提供5份合同复印件作为证明材料，其他合同备查；②就上述的业绩中提供用户满意度评价；③同类业绩是指以供应商名义承接单位食堂的食用油类供货项目的业绩，就餐人数须为1000人以上，并附上就餐人数证明）。

**备注：**

**1、供应商提交的材料必须真实可靠，如经核实为虚假材料的，将取消其报名资格并列入医院供应商诚信黑名单。**

**2、请供应商按照上述第三点第2条要求，提交纸质资料（一式一份），所提交的文件资料必须在有效期内，复印件需清晰并加盖公章，否则将会被取消资格。**

**3、供应商不得串通围标，如发现有串通围标行为将取消其参与项目资格并列入医院供应商诚信黑名单。（串通定义见《政府采购法实施条例》第七十四条,中华人民共和国财政部令第87号--政府采购货物和服务招标投标管理办法第三十七条）**

**四、报名交资料时间**

即日起至2023年5月10日17:00截止。

**五、联系方式**

**1、采购人：佛山市中医院**

**2、地 址：佛山市禅城区亲仁路6号自编10号楼二楼采购办公室**

**3、联系电话：(0757)83067026传真：(0757)83067026**

**4、监督投诉电话：（0757）83068460**

**5、电子邮箱：2702710170@qq.com**

**6、联系人：陈小姐**

**佛山市中医院**

**2023年5月4日**

**附件1：**

1. **产品需求一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格（或相近规格）** | **单位** | **1年参考使用量** | **备注** |
| 1 | 食用  调和油 | 15（±1.5）升/桶 | 桶 | 2880 |  |

注：

1.本项目为食堂食材食用油类院内定点供货资格，供货范围为食用油类货物，包括但不限于报价清单货；以实际采购量为准，计划采购量仅供参考。

2.该项目服务期限为两年，采用1年1签合同形式，第一年期满时，需考核合格才能签订下一年的合同，反之，取消供货资格。

**二、产品质量要求**

1、供应商必须遵守国家有关食品、农产品方面的法律法规，所供食品不低于一级油质量标准。

2、基本要求：外包装完好，有QS标志，标明品名、厂名、重量、生产日期、保质期或保存期、执行标准，剩余保质期不少于三分之二，具有产品合格证。具有正常调和油的色泽、透明度、气味和滋味，无焦臭、酸败及其他异味。

3、食用油生产企业的资质证明（首次供应时提供）：《营业执照》、《食品经营许可证》或《食品生产许可证》。

4、气味、滋味：具有固有的气味，无异味。

5、不得混有其他食用油或非食用油。

6、因生产厂家停产造成的缺货或断货，成交供应商无法供应的货物，征得采购方同意后，可以用优于或等于同质量的货物代替（提供生产厂家停产的证明材料及替代货物质量等于或优于原货物的依据），价格不变。

**三、配送服务要求**

1、供应商在收到医院订单后，应在第二天早上8点前将约定的符合质量要求的货物如数送到医院指定地点。除客观不可抗力情况外，供应商不得推迟送货。如确需延迟送货的，供应商应告知医院并征得医院同意。如因供应商延迟送货、数量不符、质量不符等造成医院利益受损的，医院有权要求供应商赔偿，当出现≥3次上述情况后或情节严重的，除赔偿损失外还需按1000元/次的标准向采购人支付违约金（违约金从供货结算款内扣除），且采购人有权单方面无条件终止合同，由此产生的一切责任和损失由成交供应商自行承担。

2、如采购人临时要求送货，成交供应商必须无条件配合，并在2小时内送到。

3、如验收时发现货物出现质量问题的，成交供应商须在1小时内无条件更换。

4、除客观不可抗力外，成交供应商不得更改订单内容（包括但不限于名称、产地、包装、规格和重量）。如确需变更供货内容的，成交供应商应告知采购人并征得采购人同意，经发现成交供应商有私自更改订单中货品时以违约论处，由此产生的一切损失和费用由成交供应商承担。

6、成交供应商的送货单必须详细注明食品的品名、单价、数量，送货单不得涂改。标记不清的，采购人将拒绝签收。结算期末成交供应商还应提供送货清单供采购人结算。

7、成交供应商应至少安排专职送货员及至少安排一辆专车负责送货。货物运输必须采用符合卫生标准的外包装和运载工具，专车专用，车身有明确的成交供应商单位标识并且要保持清洁和定期消毒，保持车辆性能稳定。运输车厢的内仓，包括地面、墙面和顶，应使用抗腐蚀、防潮，易清洁消毒的材料。车厢内无不良气味、异味。整个运输过程中，货物应堆放科学合理，避免造成食品的交叉污染，符合规定的温度要求，使运输食品处于恒定的环境中。

8、为保障配送食材的安全性，成交供应商要具备供应产品及配送服务人员、配送车辆的可追溯能力：

1）食材来源需要清晰可追溯，可追溯信息至少包括食材来源成交供应商的营业执照、食材生产日期、保质期、质量检测报告等。

2）配送服务人员、配送车辆需要清晰可追溯，可追溯信息至少包括配送服务人员身份证、食品从业人员健康证明、配送运输车辆的行驶证及司机驾驶证等。

9、在医院签收之前，货物的所有权和风险属于成交供应商，货物发生遗失、损坏由成交供应商负责。

10、成交供应商自带卸货工具。

**四、验收要求**

1、做好卸货前的检查。采购人和成交供应商双方的验收人员卸货前应对场地和验收设备做好准备，并对货物的外观质量进行初步检查。

2、采取现场验收的方式，验收人员应认真检查货物的质量，按索票、验证—抽查—过磅（清点）—入库的程序完成验收，成交供应商可提供原件的留原件，原件只有一份而无法提供给采购人的，成交供应商应提供复印件，并在复印件上备注“此件与原件相符”字眼及签名盖章确认。

3、食品的质量问题争议及解决办法：因货物质量问题发生争议的，由国家法定的质量鉴定单位进行质量鉴定。食品符合质量标准的，鉴定费由采购人承担；食品不符合质量标准的，鉴定费由成交供应商承担，并且采购人有权追究成交供应商的相关责任。

**五、商务要求**

**1、供货报价要求**

1.1本项目采用“下浮率”的方式报价；下浮率有效报价范围：0%≤下浮率＜100%（说明：报价精确到小数点后两位，格式为XX.XX%),下浮率的举例解释：如货物指导价为5元/斤，成交供应商下浮率为15%，结算价即为5×（1-15%）=4.25元/斤。

1.2供货价格=货物指导价×（1-下浮率）。

1.3佛山市发展和改革局网站公布的《超市农副产品价格信息》中有明确品种的，以本期价格作为货物指导价,佛山市发展和改革局网站没有公布货物指导价的，以采购人在医院周边大型市场或超市进行价格调查所得出的价格为准。

1.4货物指导价每月定价一次，以本月佛山市发展和改革局网站第二次公布的《超市农副产品价格信息》本期价格为货物指导价，确定下个月的供货价格。如遇到本月佛山市发展和改革局网站未公布价格，则按上个月佛山市发展和改革局网站最后一次公布的价格来确定下个月的供货价格，以此类推。如佛山市发展和改革局网站没有公布货物指导价的，以采购人每月15日在医院周边大型市场或超市进行价格调查所得出的价格为下个月货物指导价。

1.5供货价格包含市场调查、货物采购、包装、运输、装卸、搬运、检验检测、不合格货物的退换、所有工作人员的工勤费用以及合同实施过程中的可预见及不可预见费用。成交供应商应充分考虑所有风险、责任等发生的费用。

**2、结算方式**

2.1货款按月度进行结算。

2.2医院收到供应商收货凭证和有效等额发票后，60日内以支票或转账付款方式缴付货款给供应商。

2.3收款方、出具发票方、合同乙方均必须与供应商名称一致。

**3.交货地点**

佛山市中医院（亲仁路六号）指定地点。

**4.履约保证金**

4.1供应商在中标后签订合同前向医院缴交履约保证金2万元人民币。如未能按时交纳的，医院有权终止合同。

4.2如供应商违约，医院可随时启用履约保证金；如履约保证金不足以支付供应商违约造成的违约责任，医院有权向成交供应商收取超出的部分。合同期内，成交供应商无违约责任的，医院将于合同期满后一个月内无息退还全部保证金。

**附件2：**

**佛山市中医院总务科采购项目**

**报名文件**

**项目名称：**

**项目编号：**

**供应商名称（加盖公章）：**

**联系人姓名：**

**联系电话（手机）： 座机：**

**E-mail：**

**日 期： 年 月 日**

**附件3**

**报名文件目录**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 投标资料 | | 页码 | 审核情况（√） | 备注 |
| 1 | 三证合一的营业执照复印件 | |  |  |  |
| 或 | 企业法人营业执照（副本）复印件 |  |  |  |
| 税务登记证书（国、地税）复印件 |  |  |  |
| 组织机构代码证复印件 |  |  |  |
| 2 | 商事主体信息公示平台查询页（营业执照经营范围如注明“具体经营项目请登录商事主体信息公示平台查询”） | |  |  |  |
| 3 | 《信用信息报告》 | |  |  |  |
| 4 | 法人代表证明书 | |  |  |  |
| 5 | 法人代表第二代居民身份证复印件 | |  |  |  |
| 6 | 法人授权书 | |  |  |  |
| 7 | 授权代理人第二代居民身份证复印件 | |  |  |  |
|  | 授权代理人近三个月内社保缴费证明 | |  |  |  |
| 8 | 提交有效的《食品经营许可证》复印件,拟投产品《食品生产许可证》复印件及近一年内第三方检测机构出具的检测报告复印件。 | |  |  |  |
| 9 | 供应商应遵纪守法、诚信经营，近三年内（自论证公告发布之日起往前推三年）无违规违法行为或采购活动中无不良记录。（供应商书面承诺，格式见附件6）。 | |  |  |  |
| 10 | 如有则提交2020年1月1日（以合同签订时间为准）至今的同类业绩（格式见附件7）和完整的合同复印件，并提供用户满意度评价，作为评审依据之一。 | |  |  |  |

**附件4：**

**法定代表人资格证明书**

**佛山市中医院：**

同志，现任我单位 职务，联系手机： ，为法定代表人，代表我单位参与贵单位以下项目的采购活动，特此证明。

项目名称：

项目编号：

法定代表人（亲笔签名或签章）：

签发日期： 年 月 日 单位名称（加盖公章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **法定代表人身份证**  **复印件正面粘贴处** |  | **法定代表人身份证**  **复印件反面粘贴处** |

说明：

1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加盖供应商公章。

**附件5：**

**法人授权书**

**佛山市中医院：**

我单位特授权委任 (姓名)现职员工，作为我方代表，参与贵方的采购项目，对该代表人所提供、签署的一切文书均视为符合我方的合法利益和真实意愿，我方愿为其行为承担全部责任。

项目名称：

项目编号：

有效期限：自本单位盖章之日起生效。

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人（亲笔签名或签章）：

授权代理人（亲笔签名）： ，联系手机电话：

授权生效日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **授权代理人身份证**  **复印件正面粘贴处** |  | **授权代理人身份证**  **复印件反面粘贴处** |

说明：1.本授权书内容不得擅自修改。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加盖投标人公章。

3.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

**附件6：**

**承诺书**

我公司在参加本次采购项目活动中，作出如下承诺：

一、参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

二、未挂靠、借用资质进行投标等违法违规行为。

三、提供的相关文件均真实、有效。

若发现我方存在上述问题，愿参照政府采购相关规定接受处罚并列入医院供应商诚信黑名单。

供应商名称（加盖盖章）：

日期：

**附件7：**

**拟提供的业绩**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **客户名称** | **项目名称及合同金额**  **（万元）** | **合同签订时间** | **联系人及电话** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）：

授权代理人签字：

日 期： 年 月 日

注：

1、同类业绩需附完整的合同复印件作为证明材料。

2、供应商未按上表和要求填报的，视为2020年1月1日起至今无用户。

**附件8：**

**食堂食材食用油类报价表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | **规格（或相近规格）** | **单位** | **1年参考使用量** | **下浮率（%）** |
| 食用  调和油 | 15（±1.5）升/桶 | 桶 | 2880 | 小写：  大写： |

供应商名称(加盖公章)：

授权代表（签名或盖章）： 日期：

**备注：**

1、下浮率有效报价范围：0%≤下浮率＜100%（说明：报价精确到小数点后两位，格式为XX.XX%)，超出此范围的为无效报价。

2、必须完全满足并响应本采购项目的全部内容和要求。

3、请严格按照本表报价，更改序号、货物名称、单位、规格的报价单为无效报价单。

4、本报价书纸质版随论证（谈判）会当日自行携带入场提交。

5、人民币大写字：壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾、佰、仟、万、亿、元、角、分、零、整（正）

附件9：食品安全承诺书

食品安全承诺书

致佛山市中医院：

为了确保食品消费安全，杜绝假冒伪劣和有毒有害食品送入流通领域、努力营造健康、安全、有序、诚信的消费环境，我单位作为食品安全第一责任人对我单位经营的食品安全负首要责任，并作如下承诺：

1、不销售假冒伪劣、有毒有害、不合格、腐烂变质、不符合卫生标准以及“三无”食品，不作引人误解的虚假宣传。

2、不销售未经检验、检测、检疫或经检验、检测、检疫不合格的食品以及未取得国家食品生产许可证，无Qs标志的食品。

3、严格遵守《产品质量法》《食品安全法》及食品安全相关的法律、法规的规定，自觉接受食品药品监管部门的监督管理，自觉接受社会和消费者的监督，做到诚实守信、依法经营、守法经营。

4、建立并执行商品质量验收、购销台帐和索证索票制度，严把商品进货质量关口，坚决不从非法渠道购入商品。

5、建立并执行食品质量管理制度，根据食品保质期限，定期检查待销食品、厍存食品的质量状况，及时清理过期、变质食品。

6、建立并执行不合格食品退市制度，发现不合格食品，立即停止销售，并采取销毁等措己以处理。对已经售出的严格危害人身安全的食品，在营业场所内公示，并在新闻媒体予以公告，负责将食品召回、销毁。

7、若违反以上承诺，将依法主动接受食品药品监管部门的处理，对佛山市中医院及其用餐人员造成一切食品安全问题及责任均由我单位负责。

承诺人(盖章)：

法定代表人签字：

年 月 日