**SZZB-20W039“‘云南省医疗保障管理服务窗口’视觉形象设计”项目竞争性磋商公告**

云南山重建设工程招标咨询有限公司受云南省医疗保障局的委托，对该单位“云南省医疗保障管理服务窗口”视觉形象设计 项目进行竞争性磋商采购，现诚邀符合要求的单位参加本次采购活动。

**1、采购范围：**

1.1项目名称：“云南省医疗保障管理服务窗口”视觉形象设计

1.2项目编号：SZZB-20W039

1.3采购内容：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品（项目）名称** | **数量** | **计量单位** | **采购****预算** | **采购内容及具体要求** |
| **1** | “云南省医疗保障管理服务窗口”视觉形象设计 | 1 | 项 | 10万元 | 详见磋商文件《第五章》 |

1.4项目完成期：合同签订后60个工作日内。

1.5成果提交地点：云南省医疗保障局。

1.6报价方式：本项目整体报价、整体成交，不允许拆分或漏项。

**2、供应商资格要求：**

2.1在中国境内依法注册，且具有独立承担民事责任的能力。

2.2具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。应提供最近三个月内开户银行出具的资信或资金存款证明文件，或经第三方审计机构出具的2018年度或2019年度财务审计报告（含已审计的财务报表）。

2.3具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。应提供最近一年内任意3个月的依法纳税证明和社保缴费证明材料(成立未满六个月的，可仅提供纳税和社保申请/申报材料或相关情况说明；依法免税或不需要缴纳社会保障资金的供应商，应提供相应证明文件)。

2.4参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，且提供了加盖本单位公章的书面声明原件。

2.5单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同单位，不得同时参加本项目，否则均视为无效。应提供《供应商关联企业情况声明》原件。

2.6响应文件递交截止时间前，供应商在“信用中国([www.creditchina.gov.cn](http://www.creditchina.gov.cn))”网站无失信被执行人记录、重大税收违法案件当事人记录。由采购人或采购代理机构通过上述网站查询，并将查询结果交由磋商小组评审。

2.7本次采购不接受联合体。

**3、磋商文件的获取：**

3.1获取时间：2020年6月11日～6月18日（法定公休日、节假日正常休息），

上午9:00～11:30，下午1:30～5:00（北京时间，下同）；

3.2获取地点：云南山重建设工程招标咨询有限公司；

3.3获取费用：600元/份；售后不退，不办理邮购。

3.4受新冠肺炎疫情影响，本项目磋商文件将以电子形式发售，获取流程如下：

（1）请将以下资料以扫描件的形式发送至zhengxu@king55.cn邮箱：

A、加盖单位公章的单位介绍信或法定代表人授权委托书原件扫描件；

B、经办人身份证原件扫描件；

C、磋商文件获取登记表原件扫描件（格式详见附件）。

（2）请致电13577196923进行邮件确认、缴费后即可获取磋商文件。

**4、响应文件的递交：**

4.1递交时间：2020年6月23日（星期二）上午8:30～9:00；

4.2递交截止时间：2020年6月23日上午9:00；

4.3递交地点：云南省医疗保障局机关7楼714会议室；

4.4逾期送达的或者未送达指定地点的响应文件，采购人不予受理。

**5、磋商会议时间及地点：**

5.1会议召开时间：2020年6月23日上午9:00；

5.2会议地点：云南省医疗保障局机关7楼714会议室。

**6、信息发布：**

本项目的相关信息仅在“采购与招标网（www.chinabidding.cn）”、“云南省医疗保障局（http://ylbz.yn.gov.cn/）”和“云南山重建设工程招标咨询有限公司（www.cnszh.com）”网站上发布。

**采购人：**云南省医疗保障局

**地 址：**昆明市环城南路439号

**联系人：**麦锦屏

**联系电话：**0871-63886090

**采购代理：**云南山重建设工程招标咨询有限公司

**地 址：**昆明市白龙路433号博园世家40幢201号

**联 系 人：**李艳、郑旭

**电 话：**0871-63116344 **传真：**0871-65015383

**附件：**

**磋商文件获取登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |   |
| **项目编号** |   |
| **供应商全称** |   |
| **供应商地址** |   |
| **联系人姓名** |   |
| **联系人手机** |   |
| **座机** |  |
| **邮箱** |   |
| **传真** |   |

**供应商全称（盖章）：**

 **年  月  日**