**SZZB-21W095“云南省医疗保障局微信公众号委托运维服务”比选公告**

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“云南省医疗保障局微信公众号委托运维服务”项目进行比选采购，现诚邀符合要求的单位参加本次比选活动。

**1、采购范围：**

1.1项目名称：云南省医疗保障局微信公众号委托运维服务

1.2项目编号：SZZB-21W095

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 | 云南省医疗保障局微信公众号委托运维服务 | 1 | 项 | 15.2万元 | 详见比选文件  《第五章》 |

1.4服务期限：合同签订后一年。

1.5服务地点：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。应提供有效的营业执照或法人登记证书等证明材料。

2.2参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。

2.3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。

2.4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))”网站无失信惩戒记录。由采购人或采购代理机构通过上述网站查询，并将查询结果交由比选小组评审。

2.5本次采购不接受联合体。

**3、比选文件的获取：**

3.1获取时间：2021年7月26日～7月29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获取费用：600元/份；售后不退，不办理邮购。

3.3获取方式：本项目比选文件将以电子形式发售。

3.4获取流程：

（1）[将加盖单位公章的《比选文件获取登记表》原件扫描件（格式详见附件）发送至zhengxu@king55.c](mailto:将加盖单位公章的《比选文件获取登记表》原件扫描件（格式详见附件）发送至zhengxu@king55.c)n邮箱；

（2）致电18064840193进行邮件确认、缴费后即可获取比选文件。

**4、响应文件的递交：**

4.1响应文件递交截止时间：2020年7月30日上午9:30；

4.2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。

鉴于疫情影响，供应商可以根据自身情况，选择以下一种方式递交《响应文件》、参加比选会议：

方式一：现场递交。供应商派代表参加比选会议，并对《唱标一览表》进行现场签字确认。

（1）递交时间：2020年7月30日（星期五）上午9:00～9:30；

（2）递交地点：云南省医疗保障局机关3楼317会议室；

方式二：非现场递交。供应商通过邮寄方式递交《响应文件》，可不派代表参加比选会议，不对《唱标一览表》进行现场签字确认，但对开标现场情况及《唱标一览表》结果均视同认可。

邮寄信息：

* 收件人：李盈
* 收件地址：昆明市环城南路439号云南省医疗保障局
* 联系电话：0871-63886096

注：收件人实际收到所寄文件的时间即为递交时间。

**5、比选会议时间及地点：**

5.1会议召开时间：2021年7月30日上午9:30；

5.2会议地点：云南省医疗保障局机关3楼317会议室。

**6、信息发布：**

本项目的相关信息仅在“云南省医疗保障局（http://ylbz.yn.gov.cn/）”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：**李盈

**联系电话：**0871-63886096

**代理机构：**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：**

**比选文件获取登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**