**兰州兽医研究所、中农威特生物科技股份有限公司**

**食堂餐饮服务采购公告**

根据中农威特生物科技股份有限公司《采购管理办法》及公司相关会议决定，对食堂餐饮服务进行资格审查，待审查合格后，进行现场考察，根据考察结果确定供应商进入下一阶段邀请询价谈判环节，欢迎有资质的单位前来参加。

一、采购单位：兰州兽医研究所、中农威特生物科技股份有限公司

二、组织部门：中农威特生物科技股份有限公司采购部

三、项目名称：兰州兽医研究所、中农威特生物科技股份有限公司

食堂餐饮服务

四、项目编号：ZNWT-CGB-2023-002

## 五、项目要求：

本次采购仅对报名单位的资格进行审查，供应商自行判断是否符合资格要求，并决定是否参加此次资格审查。供应商必须具备以下资质条件，不满足以下任一条件，视为资格审查不通过。供应商所提供的证明文件，均须加盖单位公章。

（1）《企业营业执照》、《税务登记证》、《组织机构代码证》或三证合一以及相应的资质证明文件复印件一套（复印件）

（2）提供法定代表人身份证（复印件）

（3）法定代表人授权书（附件2）及被授权人身份证（复印件）

（4）《食品经营许可证》《职业健康安全管理体系认证证书》、《食品安全管理体系认证证书》、《环境管理体系证书》

（5）报名函（附件1）

（6）不接受联合体应答方式，不允许任何形式的分包或转包

（7）供应商认为觉得有必要提交的其他相关证明材料

（8）本次食堂餐饮服务供应商采购最终确定的供应商将使用自主经营、自负盈亏的承包方式签订《职工食堂中餐厅承包合同》，关于食堂相关费用的具体事宜，详见邀请询价谈判文件中《职工食堂中餐厅承包合同》。

以上条款（1）项为有效期内通过上年度年检或复审的证书，若法定代表人参加竞争性谈判，须提供第（2）项，若法人授权人参加竞争性谈判，须提供第（2）和第（3）项。

六、发布文件

公告发布在中农威特生物科技股份有限公司网站和中农威特生物科技股份有限公司微信公众号

发布时间为2023年1月5日-2023年1月9日。

发放方式：免费发放

七、递交资质审核文件

文件的份数：供应商编制正本一份，副本一份。

供应商应将资格审查文件密封提交，于2023年1月10日09:00分之前,送达兰州兽医研究所门口（兰州市城关区盐场堡徐家坪1号），逾期送达的或者未送达指定地点的文件，采购方不予受理。

递交地点: 兰州市城关区盐场堡徐家坪1号

联系人：商务 谢 毅（电话：13619366703）

技术 张 亮（电话：18919178886）

八、评审办法

评审小组对供应商的资质审核文件进行资格性审查确定其是否满足采购要求，资格审查通过的供应商，采购方进行现场考察，考察合格后的供应商进入下一阶段邀请询价谈判阶段，邀请询价谈判时间及项目具体要求另行通知。

九、项目审查时间及地点 ：2023年1月10日09:30中农威特生物科技股份有限公司采购部会议室（兰州兽医研究所图书馆西北侧库房2楼）

十、任何供应商、单位或者个人对该采购文件有异议的，可在发布采购文件公告截止时间前2天，将书面意见反馈给采购人。

十一、因疫情期间，供应商不到场。未到场供应商需积极配合我公司相关的工作中需要的一切事宜。

十二、本采购公告及采购文件中的“采购单位”及“采购人”系同一主体，“报名单位”及“供应商”系同一主体。

兰州兽医研究所

中农威特生物科技股份有限公司

2023年1月5日

附件1：

**报名函**

致兰州兽医研究所、中农威特生物科技股份有限公司：

根据贵方食堂餐饮服务采购文件 ，本单位愿意参加报名。

经正式授权并代表 （被授权人名称） 按采购文件要求提交资格审查文件正本副本各一份。

据此函，签字代表宣布如下：

1.根据采购公告，我单位决定参加兰州兽医研究所、中农威特生物科技股份有限公司食堂餐饮服务项目，我方愿完成该项目所要求的全部服务。包含所有人工、材料、机械、管理、利润、规费、税金及相应不可预见风险等相关一切费用。

2.一旦我方中选，我方保证按要求完成所有服务内容。

3.我方已详细审查全部采购公告，将自行承担因对全部采购文件理解不正确或误解而产生的相应后果。

4.我方保证遵守采购要求的全部规定，保证所提交的材料中所含信息均为真实、准确、完整，且不具有任何误导性。

供应商全称（盖章）：

法人代表或法人授权代表（签字）：

## 日期： 年 月 日

附表2

**法人代表授权书(格式)**

中农威特生物科技股份有限公司：

（供应商全称）法人代表 授权 （授权代表姓名）为授权代表，参加贵公司组织的 采购 项目（采购编号 ZNWT-CGB-2023-002 ）采购活动，全权处理采购活动中的一切事宜。

法人代表签字：

法人代表身份证号：

报价方全称（公章）：

日期： 年 月 日

**法人代表和被授权人身份证影印件：**

**附：**

授权代表签字：

授权代表身份证号：

职务：

详细通讯地址：

邮政编码：

传真：

电话：

日期： 年 月 日