

# 询价文件

1、合肥产投康养集团有限公司诚邀报价人就合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳店员工餐供应商采购项目提交密封报价文件。

2、本次询价方式为公开询价采购，各报价人可于 2026 年 1 月 5 日 10 时起在合肥产投康养集团有限公司官网下载询价采购文件。

3、询价报价截止时间为 2026 年 1 月 12 日 10 时，请在 2026 年 1 月 12 日 10 时前将报价文件密封盖章递交至合肥产投康养集团有限公司（合肥市魏武路老年公寓）综合办公楼三楼风控审计部/纪检监察室，超过询价报价截止时间递交的报价文件将被拒绝接收。快递方式的递送，请将报价文件密封盖章并在快递包裹最外层封皮注明项目名称，快递员递送至风控审计部工作人员处或专属报价文件投递箱中，未按要求递送的视为无效；非快递方式的人工递送，请密封盖章递交至风控审计部工作人员处并进行递交登记，未登记的报价文件视为无效。

接收人：张工 联系电话：0551-66332067

4、若对本次询价采购事宜提出咨询和疑问，请按以下方式联系：合肥产投康养集团有限公司招标采购部/安全生产部 联系人：赵工 联系电话：0551-66857205

合肥产投康养集团有限公司

2026 年 1 月 5 日

# 合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳

## 店员工餐供应商采购项目询价须知

合肥产投康养集团有限公司诚邀报价人就合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳店员工餐供应商采购项目进行询价采购，具体内容如下：

### 一、项目概况

合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳店位于合肥市庐阳区沿河路世纪别墅 228 号，为满足员工工作就餐，现需采购为期八个月的工作餐供应商。

### 二、报价人资格要求

- 1.具有有效的营业执照。
- 2.具有有效的食品经营许可证或安徽省小餐饮信息公示卡。
- 3.投标人不得与本项目的其他投标人存在关联关系、不得存在单位负责人为同一人或者直接控股、管理关系的情形。

### 三、项目需求

- 1.送餐地点：合肥市庐阳区沿河路世纪别墅 228 号产投励源康复医疗中心庐阳店。
- 2.供餐期限：8 个月（2026.1.23-2026.9.22）
- 3.供餐内容：每份餐含两荤一素和一份主食，须确保食材新鲜、菜品卫生，按指定数量、时间、地点进行送餐。
- 4.其他要求：服务期内供应商每天中午 11:30 分前完成

送餐，包含双休日、节假日。

#### **四、报价要求**

本项目控制价单价 20 元/人/餐。投标人单价报价不得超过控制单价，否则投标无效。

报价文件中的大写金额与小写金额不一致的，以大写金额为准。本项目采用有效最低价中标，有效报价人不得低于 3 家，报价最低的报价人作为成交人，若超过 2 家报价人报价相同，可采取抽签方式确定成交人。报价包括但不限于餐食、耗材、送货、税费及完成本项目所需的一切费用，成交后采购人不再另行追加任何费用，报价人应自行考虑报价风险。

#### **五、付款方式**

每月按中标单价\*实际供餐数量结算。每次付款前成交人须开具相应金额的增值税发票。

#### **六、询价文件的澄清**

报价人在收到询价文件后，如有疑问需要澄清，请在收到询价文件 1 日内以书面形式向采购人提出，采购人将以书面形式予以答复。

报价有效期：自报价人提交报价文件截止之日起计算 90 日。

#### **七、评审**

1、评审方法：本次采用有效最低价确定成交人，有效报价人不得低于三家。

2、评审委员会从最低报价的报价文件开始评审，按有

效报价从低到高的顺序选出符合询价文件规定的报价人作为成交候选人。评审委员会无须对所有报价文件进行评审。若最低报价出现两家（含）以上相同报价时，则采取抽签或评委会投票方式确定成交候选人。

3、报价文件有下列情况之一的将视为无效：

（1）报价截止期以后送达的报价文件；

（2）报价文件未响应询价文件；未按规定密封；未按询价文件要求填写；未按要求盖章或签字的；未按询价文件要求提供相关材料的；

（3）报价文件内容不全的，字迹模糊不清的，影响评标的。

## **八、授予合同**

1、确定成交人后，采购人将在 3 日内向成交人发出“成交通知书”，成交通知书将成为合同的组成部分。

2、成交人与采购人将根据《中华人民共和国民法典》和依据询价文件及报价文件的承诺，双方签订合同。

3、成交人在合同签订过程中提出有损采购人权益的条款而造成合同无法签订时，采购人有权取消其成交人资格。

4、成交人确定后，合同签订主体为合肥产投励源康复医疗中心有限公司。成交人需按安全文明要求进行作业，若施工、运输、安装过程中发生安全事故，成交人必须承担事故的一切责任和由此发生的费用。

5. 本合同总结算费用不超过 8.5 万元。

附件： 投标文件格式

正本/副本

(项目名称)

报 价 文 件

投 标 人： (盖公章)

法定代表人或其委托代理人： (签字或盖章)

日 期： 年 月 日

## 1.投标函

致合肥产投康养集团有限公司：

1. 我方已仔细研究了\_\_\_\_\_（项目名称）询价文件的全部内容，经考察研究上述询价文件要求及其他询价资料后，愿意以人民币（大写）\_\_\_\_\_元的投标报价，提供询价文件要求的货物和质保售后服务等，并按合同约定履行义务。

2. 我方承诺在报价有效期 90 日历天内不修改、撤销报价文件。

3. 根据贵方的询价文件或询价公告，正式授权\_\_\_\_\_（姓名）代表报价人 \_\_\_\_\_（报价人全称），提交报价文件正本 1 份，副本 1 份。

据此函，我方兹宣布同意如下：

（1）按询价文件规定提供服务，如我公司中标，我公司承诺根据询价文件的规定，严格履行合同的 responsibility 和义务，并保证于买方要求的日期内完成供货，并通过买方验收。

（2）我方承诺报价低于同类服务的市场平均价格。

（3）我方已详细审核全部询价文件，包括询价文件的答疑、澄清、变更或补充（如有）、参考资料及有关附件，我方正式认可并遵守本次询价文件，并对询价文件各项条款（包括开标时间）、规定及要求均无异议。我方知道必须放弃提出含糊不清或误解的问题的权利。

（4）我方同意从询价文件规定的开标日期起遵循本询价文件，并在询价文件规定的投标有效期之前均具有约束力。

（5）我方完全理解贵方不一定接受最低报价的投标。

（6）我方同意询价文件规定的付款方式及服务期限。

(7) 与本次报价有关的通讯地址:

电 话:

投标人 (加盖公章)

法定代表人 (或授权委托人) 签字或盖章:

日 期:

2. 开标一览表

项目名称： 合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳店员工餐供应商采购

投标报价（元）	服务期限	优惠条件 （非价格）	备注
大写：_____元/人/餐 小写：_____元/人/餐	2026. 1. 23-2026. 9. 22	/	

投标人： （加盖报价人单位公章）

法定代表人（或授权委托人）签字或盖章：

日期： 年 月 日

注：1、报价包括但不限于餐食、耗材、送货、税费等一切完成项目所需的费用，在合同期间报价人不得另行收取费用。

2、特殊事项在备注中说明。



### 3. 法定代表人证明书

#### 法定代表人身份证明

投 标 人：\_\_\_\_\_

单位性质：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

成立时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

经营期限：\_\_\_\_\_

姓 名：\_\_\_\_\_性 别：\_\_\_\_\_

年 龄：\_\_\_\_\_职 务：\_\_\_\_\_

系\_\_\_\_\_（投标人名称）的法定代表人（单位负责人）。

特此证明。

投标人：\_\_\_\_\_（盖单位章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附：法定代表人身份证复印件（正反面）

#### 4. 授权委托书

本人\_\_\_\_\_（姓名）系\_\_\_\_\_（投标人名称）的法定代表人，现委托\_\_\_\_\_（姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳店员工餐供应商采购项目报价文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

代理人无转委权。

本授权书自出具之日起生效。

授权代表身份证明扫描件（正反面）

投标人名称（盖公章）：

法定代表人签字或签章：

投标人代表（授权代表）签字或签章：

身份证号码：

联系电话：

年 月 日

注：

法定代表人（单位负责人）参加投标活动并签署文件的不需要授权委托书，只需提供法定代表人（单位负责人）身份证明；非法定代表人（单位负责人）参加投标活动及签署文件的除提供法定代表人（单位负责人）身份证明外还须提供授权委托书。

## 5. 营业执照材料

（提供有效且清晰的营业执照复印件并加盖公章）

## 6. 食品经营许可证/小餐饮信息公示卡

（提供有效且清晰的食品经营许可证/小餐饮信息公示卡复印件并加盖公章）

## 7. 承诺函

1. 本单位郑重承诺，近三年内本单位在经营活动中没有重大违法记录，没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚，且未在被禁止参加政府采购活动的处罚期限内。

2. 本单位郑重声明，我单位无以下不良信用记录情形：

- (1) 被人民法院列入失信被执行人；
- (2) 单位、法定代表人或拟派项目经理(项目负责人)被人民检察院列入行贿犯罪档案；
- (3) 被工商行政管理部门列入企业经营异常名录；
- (4) 被税务部门列入重大税收违法案件当事人名单；
- (5) 被政府采购监管部门列入政府采购严重违法失信行为记录名单。
- (6) 报价人被人社部门列入拖欠农民工工资黑名单。

本单位对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

投标单位(加盖公章)：

日期：

## 8. 合同模板

# 合肥产投励源康复医疗中心有限公司

## 庐阳店员工供餐协议

甲方: 合肥产投励源康复医疗中心有限公司

乙方:

依据《中华人民共和国民法典》，双方经友好协商，达成协议如下:

1. 乙方资格: 乙方承诺，乙方具有相应的营业执照、卫生许可证等满足甲方供餐需要的所有资质，其所有工作人员均具有健康证，并做到食品卫生、内部以及环境卫生，经得起卫生部门检查并达到合格。

2. 餐食标准: 元/人/餐。服务期限 8 个月，双方在合同期限内累计结算金额不超过 万元。

3. 送餐地点: 合肥市庐阳区亳州路街道沿河路 228 号世纪别墅西区商办西楼

4. 订餐份数: 根据每日用餐人数据实算。

5. 甲方指定联系人: 夏莉莉，手机号 18326009322，甲方应在送餐当天 10:00 前告知送餐份数及地点。

6. 乙方供餐联系电话: \_\_\_\_\_。

7. 送餐时间: 根据顾客需求按时送达。如遇特殊情况导致送餐时间延迟，需提前与甲方接餐点负责人电话沟通，以免产生不必要

的误会。

8. 团餐质量: 乙方需确保甲方饭菜质量及数量, 欢迎甲方对乙方所提供的餐食进行监督, 如若发现不合格将督促乙方进行改善, 乙方需配合进行改善。

9. 协议期限: 协议期限为 8 个月, 自 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日止。

10. 结账方式: 月结。乙方需每月月底前出具用餐费用清单, 经甲方审核无误后, 乙方需在每月 30 日之前开具正规的增值税发票, 甲方收到发票后 7 个工作日内以转账方式支付到乙方账户。

#### 11. 双方账户信息

甲方账号信息:

名称: 合肥产投励源康复医疗中心有限公司

税号: 91340103MA8N5THK0W

单位地址: 合肥市庐阳区沿河路 228 号

电话: 0551-65653791

开户行: 徽商银行股份有限公司合肥包河支行

银行账户: 225005900331000002

乙方开票信息:

名 称:

开户行:

账 号:

电 话:

12. 甲方有权监督乙方食材的来源，乙方所用食材应干净卫生且必须是每天新鲜采购的。如发现原材料变质或不符合食品卫生安全要求，甲方有权单方面解除合同，乙方须无条件接受。如造成甲方损失的，由乙方承担相关责任。

13. 合同解除: 从协议生效日开始，若乙方未履行本协议的任何条款，所产生的后果由乙方承担，甲方有权提出解除协议。除本协议约定之外，任何一方如需解除本协议，应提前 7 天通知对方，并互不承担违约责任。

14. 本协议发生争议时，双方应协商解决，协商不成时，向甲方所在地 人民法院提起诉讼。

15. 其他条款: 本协议一式叁份，甲方持贰份，乙方持壹份，自双方签字并盖章之日起生效。

16. 本合同未约定或约定不明的，以合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳店员工餐供应商采购项目询价文件为准；本合同约定的内容与合肥产投励源康复医疗中心有限公司庐阳店员工餐供应商采购项目询价文件不一致的，以对甲方有利条件为准。



(以下无正文)

甲方：合肥产投励源康复医疗中心有限公司（盖章）

法定代表人或

授权代表签字：

日期： 年 月 日

乙方：

（盖章）

法定代表人或

授权代表或经营者签字：

日期： 年 月 日