**广西医科大学第一附属医院**

**院内药品配送等物流服务**

**市场调研响应文件**

**服务内容：** 院内药品配送等物流服务

**报名公司：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**目录**

**一、报价单**

**二、配送服务方案**

**三、供应商《营业执照》、《药品配送许可证》、《冷链物流认证证书》等相关证明**

**四、业务员授权书（附业务员身份证复印件）**

**五、同类业绩（如有）**

**六、其他材料**

**（响应文件应按以上目录顺序编制后盖章后扫描发送至邮箱291323763@qq.com）报价单**

公司名称：

联系人：

联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 报价（元/年） | 备注 |
| 1 |  |  |  |
| 服务期限：三年 |

 公司公章：

 日期： 年 月 日

**同类业绩**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购人名称 | 项目名称 | 合同金额（万元） | 采购人联系人及联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：附成交（中标通知书）或合同协议书