重庆市江津区第二人民医院

一楼门诊公共区域便民服务第二次需求调研公告

一、项目名称  
重庆市江津区第二人民医院一楼门诊公共区域便民服务第二次需求调研。

二、服务供应商资质要求

（一）具有独立承担民事责任能力的在中华人民共和国境内注册的企业法人或其他组织。

（二）具备《政府采购法》第二十二条规定的条件。

（三）在三年内参加政府采购活动中没有重大的违法、违规或其他不良纪录。（提供承诺函，格式不限）

三、需求调研目的

旨在科学规划体检中心商业配套配置便民服务方案，以商业招租相应的便民服务项目，为医护人员、病患及家属等提供优质、便捷的日常服务。

四、项目概况  
 重庆市江津区第二人民医院位于江津区白沙镇增光大道333号，一楼门诊公共区域具备基础条件如下：

1.暖通：区域内设有空调系统，部分区域可以采用软分隔或不到顶的分隔方式等。

2.电气：已预留电量（10KW至60KW不等），部分区域已预留插座（220V，10A），并设有火灾报警系统等。

3.给排水：部分区域可预留上下水，部分无条件设置排水。

4.面积：约30㎡至50㎡。

五、服务内容

需要满足体检中心的健康体检人员早餐需求，包括但不限于以下业态（优先考虑连锁品牌入驻）：

1.茶啡店：提供咖啡、奶茶、茶饮、休闲空间；

2.烘焙店：提供面包、蛋糕、甜点、饮品等；

3.轻食店：提供简餐、健康轻食、饮品等；

4.书店：提供书籍、杂志、茶咖、饮品、文创产品等；

5.其他

六、报名要求

1.根据现有条件（如面积、机电设施等）提出具体的经营方案，包括但不限于以下内容：  
 经营业态：明确计划经营的商业类型（如茶咖店、烘焙店、轻食店等）；  
 经营方案：详细说明如何利用现有条件开展经营活动，包括店面布局、设备需求、服务内容等；  
 配套需求：如有额外的机电、给排水或其他设施需求，请详细说明；  
 目标客户：明确目标客户群体（如患者、家属、医护人员、周边群众等）及服务定位；  
 运营计划：初步的运营计划，包括营业时间、人员配置、服务流程等。  
 2.报名咨询时间：2025年4月14日-2025年4月21日（非工作时间不接受咨询）

3.有效报名方式：2025年4月21日17:00前以电子邮件登记报名或现场报名，**提供经营方案、相应资质和填报附件1等资料，加盖单位鲜章。**

4.报名截止时间：2025年4月21日17:00（在报名截止期内，接收到报名商的电子邮件或现场报名资料为准）

5.联系人：杨老师

6.联系电话：023-47330200

7.报名指定邮箱：505651390@QQ.com

8.报名地点：重庆市江津区第二人民医院采购办（江津区白沙镇增光大道333号）

9.需要勘查现场的，自行前往。联系部门：后勤科。

10.监督电话：023-47340086（纪委办公室）

七、调研推介会议的相关要求

1.推介形式：集中召开阳光推介会。

2.推介方式：各报名的推介服务商需制作“推介文件和推介PPT”，推介文件（6份，召开阳光推荐会时提供），推介文件重点体现经营业态及经营方案、运营管理、服务项目内容、提供服务的行业规范、服务承诺、安全保障等情况。（推介文件内容及格式自拟,**加盖单位鲜章**）

3.推介人员：须为专职人员讲解。

4.推介时间、地点：待定，由院方另行通知。

5.推介顺序：按照报名推介服务商签到的先后顺序进行推介。

八、其他有关事项

1.报名服务商遵循诚实、严谨、审慎原则，认真准备相关资料，涉及有关费用均自行承担。提交的方案和建议不得侵犯任何第三方的知识产权。不得泄露调研中获取的医院非公开信息。在院区涉及装修、装饰、广告宣传、张贴宣传广告等，需经医院审核同意。

2.医院收到报名材料后会对报名单位的资格和相关资料进行论证，欢迎符合资格条件的厂商电话或现场咨询。

3.郑重提示：该需求调研并非采购及招租行为，各单位提供的相关产品/服务信息仅有助于提高本单位对该产品/服务的认知，不作为本单位采购行为的任何承诺。

4.各单位应严格遵守诚信、廉洁纪律，否则取消资格并列入我院供应商黑名单，有违法行为的将移交司法机关处理。

重庆市江津区第二人民医院

2025年4月14日

附件1：

供应商代表阳光推介预约登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | （请备注是厂家还是供应商） | | |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 是否与医院  有往来合作 | 是 | 合作项目 |  |
| 合作时间 |  |
| 否 |  |  |
| 推荐类别 | 耗材 试剂 药品 设备 服务 其他 | | |
| 产品或项目名称 |  | | |
| 产品介绍 | 注册名称 |  | |
| 注册号（编码） |  | |
| 生产厂家 |  | |
| 品牌及型号 |  | |
| 代理商名称 |  | |
| 其他：如采购等 |  | |
| 主要性能 |  | | |
| 独有功能 |  | | |
| 适用科室 |  | 市场价格 |  |
| 收费情况 |  | 医保编码 |  |
| 质保 |  | 后期维保及费用 |  |
| 填表须知：除主要配置、主要性能、独有功能、第三方配套产品、 易损件及价格、耗材/试剂和适用科室可根据产品信息进行增项或减项，其余信息请严格按照上表格式进行填写。可附页填写。 | | | |