**漳州片仔癀药业股份有限公司职工食堂物料配送项目比选公告**

漳州片仔癀药业股份有限公司(以下简称“公司”)拟对职工食堂物料配送进行公开比选，欢迎符合条件的供应商前来参加。

**一、项目名称：漳州片仔癀药业股份有限公司职工食堂物料配送项目比选**

**二、主要工作**

1、供应商物料配送时间：采购方工作日早上8:30前送达。

2、配送地点：漳州市芗城区琥珀路1号（公司职工食堂）

3、保证配送品种齐全和质量的准确性，并以采购方的验货数量为准。

4、货品如需去皮，不得另外收取加工费；提供的鸡鸭不带毛；肉类按要求切成等分量小块；海鲜处理干净（去鳞去内脏），无需食堂二次加工；冷冻类需由大公司提供，且三证齐全。对小量的临时需求或临时应急补充食材或购置其他物品等要求时，应立即派人进行对接处理。

5、每次随货送上一式两份的送货清单，供双方验货后签字确认，双方各持一份，作为送、收货的凭证。每次随货提供肉类、蔬菜等经过检验检疫\果蔬农药残留检测合格的凭证，留以采购方备存。

6、配送合同期限：两年，期限届满，经双方协商可延长，但最长不得超过一年。

**三、资质条件**

1、参选单位必须是合法经营的企业法人，在法律和财务上独立，有《营业执照》《食品生产许可证》或《食品经营许可证》等相关资质，经营状况良好，注册资本不低于500万元人民币。

2、参选单位配送经营场所在芗城区、龙文区或高新区。

3、须具备配送三家以上党政机关或国有企业职工食堂经验。

4、参选单位应有良好的信誉，社会形象及售后服务良好。有完备的内部管理制度，各工种工作人员配备合理，人数充足，配送经验丰富。

5、参选单位应遵守有关的法律、法规、管理办法和政府采购条例，近三年内在经营活动中无违法记录，在卫生监督部门无食品卫生事故记录。

6、本次拒绝联合体比选，不允许分包和转包。

7、本次比选不接受个体商户参加，个人不得挂靠任何单位，一经发现取消资格。

8、同一经营实体不可同时参加我司食堂的服务管理比选及物料配送比选。

**四、报名截止时间及所需资料**

1、报名方式：请有意参选的单位于2023年12月11日17:30前，将以下资料复印件加盖公章，扫描成一个文件，文件署名“\*\*\*单位报名参与片仔癀职工食堂物料配送项目比选”，发送到邮箱pzhzxc@zzpzh.com。

（1）报名表（模板见附件）

（2）法人代表授权委托书（如非法人代表本人参加）（模板见附件）；

（3）法定代表人及授权代理人身份证复印件；

（4）《营业执照》《食品生产许可证》或《食品经营许可证》复印件；

（5）配送经营场所证明（租赁合同或其他证明）；

（6）配送三家以上党政机关或国有企业职工食堂经验的合同或相关证明复印件；

（7）声明函（模板见附件）。

2、我司将对有意参选单位进行资质审核，逾期收到的或不符合规定的将被拒绝，并前向资质审核通过的单位发送正式比选文件。

3、评选方法

（1）比选方式：公开比选

（2）评选方式：综合评分

4、咨询方式：联系人：曾先生，联系电话：0596-2302666

漳州片仔癀药业股份有限公司

2023年12月5日

**漳州片仔癀药业股份有限公司**

**职工食堂物料配送比选项目报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | | | | | |
| 注册资本 |  | | 法人代表 |  | 单位地址 | |  |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | 联系邮箱 | |  |
| 配送三家以上党政机关或国有企业食堂经验 | 序号 | 配送党政机关或国有企业食堂名称 | | | 地址 | |  |
| 1 |  | | |  | |  |
| 2 |  | | |  | |  |
| 3 |  | | |  | |  |
| 4 |  | | |  | |  |
| 配送经营场所地址 |  | | | | | | |
| 是否连锁商超 | | | | | |  | |

参选单位(加盖公章)：

日 期：

### 法人代表授权书

本授权书声明：          公司的     （法人代表姓名、职务）代表本公司授权        （被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代理人，参加漳州片仔癀药业股份有限公司职工食堂物料配送项目的比选、合同签订，以及合同执行等活动，其可以本公司名义处理一切与之有关的事务。

特此声明。

法人代表签字：

代理人（被授权人）签字：

联系电话：

参选名称(加盖公章)：

日期：

### 声明

我公司郑重声明，参加本次比选活动前3年内，我公司在经营活动中没有因违法经营受到民事或刑事处罚或责令停产停业、吊销许可证或执照、较大数额等行政处罚，在卫生监督部门无食品卫生事故记录。

声明单位名称（盖章）：

法定代表人签字：

声明日期：