|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **附件：**  **河池市中医医院院内采购**  **市场调研参与投标资料要求** | | | |
| **对供应商资质要求** | ☑营业执照复印件 □（如需其他证件请自行填写） | | |
| **采购内容** | 采购医疗护理员职业等级培训 | **数量** | 2-3期 |
| **具体要求** | 采购医疗护理员职业技能等级培训2-3期（60人）。  按照国卫攻发【2019】49号文件 《关于加强医疗护理员培训和规范管理工作的通知》、《国家职业标准医疗护理员》（2024年版）、《河池市人力资源和社会保障局 河池市财政局关于印发<河池市职业培训补贴管理使用实施细则>的通知》(河人社发〔2025】3号)等相关规定要求，2025年我院拟使用专项经费于9月开办2-3期共约60人医疗护理员职业技能等级五级/初级工的培训班。 | | |
| **培训时间** | 医疗护理员不能脱产培训，因此，每天培训时间安排在16点以后进行。 | | |
| **培训地点** | 1、交付使用期：签订合同之日起 30 天内完成至验收合格。 | | |
| 2、培训地点：采购人指定地点。 | | |
| **报价要求和付款方式** | 1、本次报价须为人民币报价，应包含场地费，培训老师课时费、交通费、验收、税费以及其他所有可能发生的费用。 | | |
| 2、本项目无预付款，全部培训完毕且通过验收后，中标供应商开具全额发票给采购人，采购人自收到中标供应商的全额发票后通过财政专户向中标供应商支付合同总金额的100%（采购人使用财政项目资金支付货款，具体支付时间以财政审批通过时间为准）。 | | |
| **违约处罚条款** |  | | |
| **供应商报价 情况** | 1、我方具备所有资质要求（各资质证件复印件附后），且完全响应以上商务条款。 | | |
| 2、我方对本项目报价情况如下： | | |
| 3、其他： | | |
|  | **供应商名称（公章）：** |  | |
|  | **联系人：** |  | |
|  | **联系方式：** |  | |
|  |  | 年 月 日 | |