

大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）医责险采购项目招标公告
(招标编号：dlkq2025b42(TLYQ2025-08005))

项目所在地区：辽宁省,大连市

一、招标条件

本大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）医责险采购项目已由项目审批/核准/备案机关批准，项目资金来源为自筹资金 25 万元，招标人为大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）。本项目已具备招标条件，现招标方式为公开招标。

二、项目概况和招标范围

规模 大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）医责险采购项目（具体要求详见招标文件）

范围：本招标项目划分为 1 个标段，本次招标为其中的：

(001)大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）医责险采购项目；

三、投标人资格要求

(001 大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）医责险采购项目)的投标人资格能力要求：（一）满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；

（二）落实政府采购政策需满足的资格要求：无；

（三）本项目的特定资格要求：

- （1）具有中国保险监督管理委员会颁发的保险业务许可证；
- （2）如为保险公司分支机构，保险总公司只能授权一家分支机构参加投标。

；

本项目不允许联合体投标。

四、招标文件的获取

获取时间：从 2025 年 08 月 25 日 08 时 30 分到 2025 年 09 月 01 日 16 时 30 分

获取方式：）在通利晟信管理咨询有限公司 3 楼会议室。

五、投标文件的递交

递交截止时间：2025 年 09 月 15 日 14 时 00 分

递交方式：）在通利晟信管理咨询有限公司七楼会议室。纸质文件递交

六、开标时间及地点

开标时间：2025 年 09 月 15 日 14 时 00 分

开标地点：) 在通利晟信管理咨询有限公司七楼会议室。

七、其他

通利晟信管理咨询有限公司受大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）的委托，对大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）医责险采购项目进行国内公开招标，欢迎符合资格条件的投标人报名参加投标。

一、项目编号：dlkq2025b42(TLYQ2025-08005)

二、招标内容：

大连大学附属口腔医院（大连市口腔医院）医责险采购项目（具体要求详见招标文件）

注：

1. 投标人不能只对本项目个别品目进行投标，否则将被视为非响应性投标而被拒绝。

2. 采购预算：25 万元（投标报价超出采购预算的，按无效投标处理）

三、投标人的资格条件：

（一）满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；

（二）落实政府采购政策需满足的资格要求：无；

（三）本项目的特定资格要求：

（1）具有中国保险监督管理委员会颁发的保险业务许可证；

（2）如为保险公司分支机构，保险总公司只能授权一家分支机构参加投标。

注：1. 本项目不接受联合体投标。

2. 截至 2025 年 9 月 15 日，在开标现场经“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“信用辽宁”网站（<http://xyln.ln.gov.cn>）失信黑名单、“信用大连”

（<https://credit.dl.gov.cn/>）大连市重大税收违法案件信息公示平台、“中国政府采购网”网站（www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为信息记录，被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单的不得参加本采购项目。

四、报名及招标文件发售时间及地点 2025 年 8 月 25 日起至 2025 年 9 月 1 日止每天 8:30—11:30、13:00—16:30（北京时间，公休日、节假日除外）在大连市沙河口区万岁街 135 号。

五、报名要求：

申请购买招标文件的投标人携带营业执照、资质证书、总公司唯一授权复印件一份（复印件须加盖公章），招标代理人将对投标人进行资格初审（仅限于发售招标文件），初审合格后方可购买招标文件，详细资格审查以招标人和招标代理机构审议结果为准。

六、招标文件售价（人民币）：300 元/套，售后不退。

七、接受投标文件的时间与地点: 2025 年 9 月 15 日 13:30 至 14:00 (北京时间), 通利晟信管理咨询有限公司七楼会议室。

八、投标截止日期及时间: 2025 年 9 月 15 日 14: 00 (北京时间)。

九、开标时间与地点: 2025 年 9 月 15 日 14:00 时 (北京时间) 在通利晟信管理咨询有限公司七楼会议室。

十、招 标 人: 大连大学附属口腔医院 (大连市口腔医院)

联系人: 江科长 电话: 0411-84651329

十一、招标代理人: 通利晟信管理咨询有限公司

联 系 人: 王帅、吕顺朋 电 话: 0411-84651718、84350102

传 真: 0411-84651726 (自动) 电子邮箱: tongli_dl@163.com

地 址: 大连市沙河口区万岁街 135 号

代理服务费请汇至“户名: 通利晟信管理咨询有限公司; 中信银行大连沙河口支行; 帐号: 7212910182600212195”

八、监督部门

本招标项目的监督部门为大连大学附属口腔医院 (大连市口腔医院)。

九、联系方式

招 标 人: 大连大学附属口腔医院 (大连市口腔医院)

地 址: 大连市沙河口区长江路 935 号

联 系 人: 江科长

电 话: 84651329

电子邮件: /

招标代理机构: 通利晟信管理咨询有限公司

地 址: 大连市沙河口区万岁街 135 号

联 系 人: 王帅、吕顺朋

电 话: 84651718、84350102

电子邮件: tongli_dl@163.com