**浙江中医药大学附属第二医院关于住院综合楼前24小时便利店招商项目调研公告**

 为丰富来院患者、患者家属及医院职工在院生活体验，医院拟在住院综合楼前开设24小时便利店，现向社会公开发布招商前调研公告：

**一、招租标的基本信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地点 | 面积 | 租期 | 业态要求 |
| 住院综合楼前集装箱 | 32.45平方米 | 60个月 | 24小时便利店 |

**二、经营要求**

1、由承租方负责装修店面、改造水电等基础设施。承租方在进行装修改造时，不能破坏医院建筑主体，设计图纸需经医院审定，施工需要用到的水、电、火等，必须经医院同意后方可实施。

2、日常水电费、装修费、水电改造费等一切经营所需费用，均由承租方负责承担。

3、不可在院区内售卖香烟、打火机等无烟医院规定禁止售卖的商品。

4、需要按时缴纳房租、水费、电费、停车费，送货车辆如需进出院区，需向医院提出车辆出入申请并备案。

5、持有经营商铺名称（品牌）相关授权，无品牌使用纠纷。

6、意向方承诺服务期内24小时营业（根据医院要求安排营业时间除外）。

7、承租方经营商品售价不得高于杭州市同品牌门店价格，出租方定期组织市场调研。

8、承租方不得出售过期、变质食品等违反食品安全规定的行为。

9、承租方不得销售医疗器械、医用耗材等有关的商品。

10、出租用途仅限于业态范围内，承租方应根据在医院人群的需求，可以在相关法律法规允许的范围内，自主决定销售、代售产品的种类；如若销售容易引起重大争议的产品，须经医院相关部门审批同意后才能进行销售，其中：

本次招租位置，只允许对已经加工好的食品等进行简单加热保温并出售，在此店铺内不设明火灶具，不能有烹调加工，煎炸、炒菜等产生油烟的行为。

三、洽谈及递交意向

在中华人民共和国境内注册、营业执照范围允许，经有关部门批准合法经营资质、具有独立法人资格、能独立承担民事责任的法人。提供如下资料（加盖公章）联系洽谈及递交意向。资料清单如下：

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 资料清单 |
| 1 | 当天参与洽谈的意向承租方代表有效名片（附件1） |
| 2 | 营业执照 |
| 3 | 法定代表人授权书原件及身份证复印件（双面） |
| 4 | “信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/）信用记录查询截图，无不良记录并加盖公章（截图查询日期必须在该公告日期内） |
| 5 | 相关品牌使用授权书或品牌直营证明（直营门店数量等） |
| 6 | 相关资质证书、质量管理体系认证等证书复印件（若有） |
| 7 | 近五年同类业绩证明，请提供合同复印件或中标通知等证明资料，并填写附件2，2017年1月1日至今同类业绩清单。 |
| 8 | 拟投入设备用电量清单 |
| 9 | 其他资料（如有） |

**六、其他说明**

1、意向承租方可自行进行现场踏勘，医院不统一组织踏勘，请遵守医院疫情防控相关要求进入医院，现场测温出示两码，现场踏勘时请勿打扰医院诊疗秩序及店内经营秩序。

2、意向承租方将材料递交至医院总务科，联系人：王老师、高老师；联系电话：19857188516、18989489002；联系地址：浙江中医药大学附属第二医院潮王路318号7号楼3楼302室，请提前电话联系。

3、公告期限：自2022年11月29日至 2022年12月6日止，过期无效。有受让意向者请速与我院联系商洽。

4、特别声明：本公告不构成一项要约，具体招租信息已正式挂牌为准。

附件1、法定代表人资格证明书及法定代表人授权书

**（1）法定代表人资格证明书**

单位名称：

地址：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的法定代表人。

特此证明。

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件 |

调研响应供应商(盖章)：

 日期：

**（2）法定代表人授权书**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名）系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(调研供应商全称)的法定代表人，现授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(授权委托人姓名)为我方授权委托人，参加贵方组织的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项目调研活动，授权委托人以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改调研项目供应文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：同本项目调研有效期。

授权委托人无转委托权。

磋商供应商全称(公章)：

法定代表人：（签字或盖章）

身份证号码：

授权委托人：（签字或盖章）

身份证号码：

 日 期：

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件 | 授权委托人身份证复印件 |

附件2、2017年1月1日至今同类业绩清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院 | 医院等级 | 编制床位 | 经营范围 | 经营面积 | 承租期限 | 租赁金额 | 业绩评价 | 是否在营 | 是否公开招标 | 竞价/招标 |
| （㎡） | （万元/年） |
| 例：S医院 | 三级甲等 | 2000 | 超市 | …… | …… | …… | 优秀/良好/一般 | 是/否 | 是/否 | 竞价 |
| 例：A医院 | 三级甲等 | 600 | 便利店 | 60 | 2017-2022 | 50 | 一般 | 是 | 是 | 招标 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件3、

浙江中医药大学附属第二医院招租便利店企业合作诚意信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 第一年 | 第二年 | 第三年 | 第四年 | 第五年 |
| 场地费 |  |  |  |  |  |
| 医院员工优惠措施 |  |  |  |  |  |
| 租金递增幅度 |  |  |  |  |  |

1、企业认为其他有利于医院的合作诚意

2、企业认为医院应当给企业提供的合作条件