**昆明市第二人民医院**

**专著印刷服务市场调研公告**

昆明市第二人民医院拟对“印刷服务采购”项目进行市场调研，参加调研公司需就本项目提交密封的市场调研文件，保证所提供的各种材料和证明材料的真实性，并承担相应的法律责任。

**一、项目名称**

印刷服务采购：医院拟印刷专著一批。

**二、项目需求**

1、印刷数量：1000册

2、幅面大小：大32开，内文四色

3、字数：12万字

4、图片：约50幅

5、封面要求：铜版纸

6、内页要求：铜版纸

**三、基本要求**

（一）参会单位具有相关资质；

（二）无不良记录。

**四、咨询会时间**

2023年8月8日（周二） 14:30～17:00。

**五、咨询会地点**

昆明市第二人民医院北院区（龙泉路871号）行政办公楼三楼会议室。

请提前通过电子邮件发送参加咨询会的报名信息至邮箱：2320171798@qq.com，发送内容为“×××公司报名参加昆明市第二人民医院专著印刷服务市场调研咨询会，联系人：梅漫路，联系电话：18288952745”。

**六、调研程序**

1.向社会公告项目，项目明细详见附表；

2.请有意向参与的机构下载填写附件1：《昆明市第二人民医院采购项目咨询会暨市场调研专用表（服务类）》，签字盖鲜章，携带相关产品彩页到会，**并将相关表格及彩页扫描后发邮箱方便查阅档**。

3.咨询会按照参与厂商签到顺序进行逐一单独咨询。

本公告公示时间：2023年7月26日至2023年8月2日。

特此公告



昆明市第二人民医院

2023年7月26日

**附表：昆明市第二人民医院专著印刷服务需求表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **服务名称** | **基本需求** |
| 1 | 专著印刷服务 | 1、封面采用....  2、内页采用....  3、印刷册数.... |

**附件1：**

**昆明市第二人民医院采购项目咨询会暨市场调研专用表（服务类）**

接受咨询厂商名称：

联系人：

联系电话：

电子邮箱：

印刷方案介绍：

本公司开展印刷服务情况：

本公司承诺提交的资料与上述填写信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。

签名确认：

公司名称：(公章)

年 月 日