# **竞争性谈判响应文件格式**

 **（项目名称）**

**响应文件**

**潜在供应商：** **（盖单位公章）**

**法定代表人或其委托代理人：** **（签字或盖章）**

**日 期：** **年** **月** **日**

目 录（自拟）

**一、****首次报价一览表**

 项目名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 内 容 |
| 1 |  报价（元） | 系统升级改造报价：       | 合计金额小写：大写： |
| 新增功能模块报价：       |
| 2 | 服务承诺 |  |
| 3 | 备注 |  |

**注：⑴报价一经涂改，应在涂改处加盖单位公章或者由法定代表人或授权委托人签字或盖章，否则其报价作无效处理。**

**⑵报价应是最终含税报价，且不得高于采购人给出的最高限价。**

供应商：（盖单位公章）

法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）：

填表时间： 年 月 日

**二、最终报价一览**

 项目名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 内 容 |
| 1 |  报价（元） | 系统升级改造报价：       | 合计金额小写：大写： |
| 新增功能模块报价：       |
| 2 | 服务承诺 |  |
| 3 | 备注 |  |

**注：（1）报价一经涂改，应在涂改处加盖单位公章或者由法定代表人或授权委托人签字或盖章，否则其报价作无效处理。**

**（2）报价应是最终含税报价，且不得高于采购人给出的最高限价。**

供应商：（盖单位公章）

法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）：

填表时间： 年 月 日

**三、法定代表人身份证明书**

潜在供应商名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系 （潜在供应商名称） 的法定代表人。

特此证明

潜在供应商： （盖单位公章）

日 期： 年 月 日

**附：法定代表人身份证复印件如下**

身份证人像面复印件

身份证国徽面复印件

**四、授权委托书**

本人 （姓名） 系 （潜在供应商名称） 的法定代表人，现授权委托 （姓名） 为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 （项目名称） 谈判响应文件、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：90天

代理人无转委托权。

附：授权委托代理人身份证复印件。

潜在供应商： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

日 期： 年 月 日

**五、资格审查资料**

**1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定：**

 1、供应商资格要求：

 (1)营业执照（三证合一）

(2)财务状况报告:提供2023或2024年度经第三方审计的财务报告或公司编制的财务报表（包括资产负债表、利润表、现金流量表）

 (3)企业依法缴纳税收近一年任意三个月的相关材料

 (4) 社会保障资金近一年连续三个月的相关材料

(5)法定代表人身份证明书

(6)法定代表人授权委托书

(7)供应商信用信息查询

 ①信用中国失信被执行人查询截图

 ②信用中国重大税收违法案件当事人名单查询截图

 ③“中国政府采购网”政府采购严重违法失信行为记录名单

 ④供应商必须提供参加政府采购活动前在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（重大违法记录，是指供应商因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚）

 **2.潜在供应商认为可以证明其能力的其他材料（格式自拟）。**

**注：以上资料有有效期的，须在有效期内**

1. **商务要求**
2. 供应商基本情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司（单位）名称 |  | 邮编 |  |
| 地址 |  | 电话 |  |
| 法定代表人 |  | 企业负责人 |  | 企 业 性 质 |  |
| 注册资金 | 万元 | 职工总数 |  |
| 开户银行 |  | 账号 |  |

（2）售后服务承诺书及违约责任

（3）投标人售后服务承诺书及违约责任

**七、改造方案**

**（针对本项目实际情况承诺和改造方案，内容详尽、针对性强，保障措施合理、操作性强）**

**八、物资购销廉洁承诺书**

## 云南省滇南中心医院(红河哈尼族彝族自治州第一人民医院)

## 物资购销廉洁承诺书

为进一步加强医疗卫生行风建设，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我单位承诺：

1、不暗中给予甲方回扣，不提出和赠送有价证券、现金、信用卡、购物卡、宴请、餐票、娱乐、无偿资助、礼品等行为。

2、不以节假日等为名向甲方所有或部分工作人提供节日慰问品。

3、不为甲方提供水果、土特产、食物、食品等物品。

4、洽谈业务在工作时间到甲方办公地联系商谈；不借故到甲方相关工作人员家中访谈或向介绍人提供任何好处费；不为甲方人员及其配偶、子女及其他亲属提供各种无偿服务，报销应由其个人承担的费用。

5、在销售活动中，自觉遵守国家和地方的有关法律、法规、严格执行合同条款，不以次充好，不降低产品质量，做到诚信经营。

6、若违规向甲方提供过上述回扣、物品等行为，承担一切行政、法律后果。

7、遵守商业道德，友好合作，杜绝弄虚作假，商业欺诈，商业贿赂等不道德和非法行为，规范合同行为，诚实守约，严格履行合同，决不利用非法手段谋取利益，公平公正处理业务。

8、若违反上述条款，一经发现，甲方有权终止购销合同、列入失信行为记录，造成经济损失由我方承担赔偿责任。

供应商：　　　 　　　　　　 （盖单位章）

法定代表人（负责人）：　　　 　　　　 （签字或盖章）

日期：　 年　 　 月　 　 日

九、**防止利益冲突有关情况报告表**

云南省滇南中心医院（红河州第一人民医院）防止利益冲突有关情况报告表

报 告 人：

单 位：

职 务：

报告日期：

说 明

1.本表由报告人亲笔填写，并在封面上签名，填写不下可附页。

2.表格中有“☐”的为选择栏，请根据实际情况在对应情况的框栏内划“√”。

报告人基本情况

☐医院职工 ☐企业人员

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **单位** |  | **职务** |  |

1.配偶、子女及其配偶、直系亲属注册从事医药行业营利性活动的个体工商户、个人独资其企业或者合伙企业情况。

 ☐有此类情况 ☐无此类情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **称谓** | **姓名** | **企业名称** | **经营范围** | **企业性质** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：企业性质填写个体工商户、个人独资企业、合伙企业。

2.配偶、子女及其配偶、直系亲属在企业兼职或工作情况。

 ☐有此类情况 ☐无此类情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **称谓** | **姓名** | **企业名称** | **经营范围** | **职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3.配偶、子女及其配偶、直系亲属在医院兼职或工作情况。

 ☐有此类情况 ☐无此类情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **称谓** | **姓名** | **科室** | **职务** | **职称** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

4.个人认为需要报告的其他情况。

|  |
| --- |
|  |