# **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） | 小写： |
| 大写; |
| 2 | 服务质量承诺 |  |
| 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XXXX（大写：XXXXX）。**

**⑶报价书写方式：例如：报价130000.00元（大写：壹拾叁万元整）。**

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）：

填表时间： 年 月 日

**二、最终报价一览表**

项目名称：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 内 容 | |
| 1 | 报价（元） | 小写： |
| 大写; |
| 2 | 服务质量承诺 |  |
| 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XXXX（大写：XXXXX）。**

**⑶报价书写方式：例如：报价130000.00元（大写：壹拾叁万元整）。**

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）：

填表时间： 年 月 日

**三、技术偏离表**

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **采购详细参数** | **响应详细参数** | **偏离情况** | **说明** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |

注：1、偏离情况项填写“正”、“负”或“无”，有需要说明的请在说明项中填写。

2、潜在供应商应按照“采购需求”，作出全面响应。对响应有偏离的，则说明偏离的内容。

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）：

填表时间： 年 月 日

**四、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

**五、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

**六、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）法人或者其他组织的营业执照副本（营业执照经营范围满足本项目采购需求）等证明文件，自然人的身份证明。

（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，提供2023年或2024年经社会审计机构出具的审计报告（含资产负债表、现金流量表、利润表、所有者权益变动表及其附注）或近三个月内基本开户银行出具的资信证明（新成立不满1年的企业，提供成立至今的财务报表（包括资产负债表、利润表、现金流量表）或相关情况说明（提供复印件加盖公章））。

（3）依法缴纳税收和社会保障资金的相关材料（提供2024年6月至今任意三个月缴纳税收及社会保障资金的完税凭证；成立不满六个月的申请人提供成立以来的税收和社会保障资金缴纳凭证或相关情况说明；依法免税或不需要缴纳社会保障资金的，提供相关证明文件）。

（4）具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料（提供书面声明）。

（5）参加本次政府采购活动前三年内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，是指潜在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）。

（6） 法律、行政法规规定的其他条件；（提供承诺函）

**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**

**七、技术资料**

**（可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续的后续服务情况）** **八、承诺书**

本单位参与 （项目名称） 项目的潜在供应商，现作如下承诺：

1、所提供的一切材料真实、有效、合法。

2、不与其他潜在供应商串通谈判，不损害采购人或其他潜在供应商的合法权益。

3、不与采购人或采购代理机构串通谈判，损害国家利益、社会公共利益或者他人的合法权益。

4、不向采购人、谈判小组成员、监督人员贿赂。

5、不扰乱采购活动正常秩序。

6、不进行虚假恶意投诉。

7、如有违反政府采购法律、法规、规章被查处的，不干预案件查处。

如出现上述行为，本潜在供应商自愿承担相关责任，接受政府采购监督管理部门、纪检监察部门或司法机关调查处理。给采购人造成损失的，依法承担赔偿责任。

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

**九、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

十、**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。

|  |
| --- |
|  |