# **比选响应文件格式**

 **（项目名称）**

**比选响应文件**

**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、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）**

**院前急救工作服首次报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **生产厂家** | **数量** | **单位** | **单价（元）** | **金额（元）** | **备注** |
| 1 | 棉服+内胆 |  | 1 |  |  |  | **以实际结算数量为准** |
| 2 | 白色短袖上衣 |  | 148 |  |  |  |  |
| 3 | 藏蓝夏裤 |  | 148 |  |  |  |  |
| 4 | 西裤 |  | 148 |  |  |  |  |
| 5 | 卫衣 |  | 148 |  | 合计 |  |  |
| 质保承诺 |  |  |

供应商： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系电话： 年 月 日

**二、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）**

**院前急救工作服最终报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **生产厂家** | **数量** | **单位** | **单价（元）** | **金额（元）** | **备注** |
| 1 | 棉服+内胆 |  | 1 |  |  |  | **以实际结算数量为准** |
| 2 | 白色短袖上衣 |  | 148 |  |  |  |  |
| 3 | 藏蓝夏裤 |  | 148 |  |  |  |  |
| 4 | 西裤 |  | 148 |  |  |  |  |
| 5 | 卫衣 |  | 148 |  | 合计 |  |  |
| 质保承诺 |  |  |

供应商： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系电话： 年 月 日

**三、法定代表人身份证明书**

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 （供应商名称） 的法定代表人。

特此证明

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**

身份证国徽面复印件

身份证人像面复印件

**四、授权委托书**

本人 （姓名） 系 （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） 遴选响应文件、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。

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

**附：授权委托代理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、营业执照及其他资质文件**

1. **《营业执照》、《质检报告》**

**2.具有良好的商业信誉和财务会计制度（2023年或2024年经第三方审计的审计报告或2024年1月至2025年3月任意三个月财务报表（含资产负债表、现金流量表、利润表）或近三个月银行开具的征信报告，新成立不满三个月的企业无需提供）。**

**3.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（提供2024年3月至今任意3个月依法缴纳税收和缴纳社会保障资金的证明。成立未满3个月的申请人提供成立以来的税收和社保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，提供相应说明）。**

**4.参加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）。**

**5.供应商认为需提供的其他材料**

1. **产品资料介绍、质量承诺**

**（产品彩页资料、质量承诺、售后服务等**）

**七、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）采购价格依据对照表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 单位名称1 | 供货价格 | 单位名称2 | 供货价格 | 单位名称3 | 供货价格 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **承诺：我公司承诺以上价格数据均属实，如与事实不符，我公司资源取消所有产品供货资格，并自行承担相应责任。附合同、发票等证明材料。** |

供应商： （盖单位公章）

**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，不为甲方提供水果、土特产、食物、食品等物品。

3、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。

4、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，所提供的一切材料真实、有效、合法，不以次充好，不降低产品质量，做到诚信经营。

5、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。

6、不与其他供应商串通遴选，不损害采购人或其他供应商的合法权益。不扰乱采购活动正常秩序。不进行虚假恶意投诉。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。

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

9、如出现上述行为，本单位自愿承担相关责任，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。采购人有权终止购销合同、列入失信行为记录，给采购人造成损失的，依法承担赔偿责任。

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。

|  |
| --- |
|  |