**一、承诺函**

致中山市小榄人民医院：

本公司 （公司名称）参加 （项目名称）的采购项目，现承诺：

我公司满足供应商的资格要求，包括（不限于）：

（1）具有独立承担民事责任的能力；

（2）具有良好的商业信誉；

（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（5）参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（6）法律、行政法规规定的其他条件；

（7）根据采购项目提出的特殊条件。

（8）截止报价时间未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)、中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)渠道信用记录失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单；未处于政府部门禁止代理政府采购业务处罚期、未在我院禁止参与期内。

**2.我方已认真阅读并接受本项目采购文件的全部实质性要求，如对采购文件有异议，已依法进行维权救济，不存在对采购文件有异议的同时又参加采购活动以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。**

3.本项目报价有效期为90天

4.响应文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

5.如本项目采购过程中需要提供样品，则我方提供的样品即为成交后将要提供的成交产品，我方对提供样品的性能和质量负责，因样品存在缺陷或者不符合采购文件要求导致未能成交的，我方愿意承担相应不利后果。

6.国家或行业主管部门对采购产品的技术标准、质量标准和资格资质条件等有强制性规定的，我方承诺符合其要求。

7.参加本次采购活动，我方完全同意采购文件“合同分包”、“合同转包”的实质性要求，并承诺严格按照采购文件要求履行。

8.我方保证在本项目使用的任何产品和服务（包括部分使用）时，不会产生因第三方提出侵犯其专利权、商标权或其它知识产权而引起的法律和经济纠纷，如因专利权、商标权或其它知识产权而引起法律和经济纠纷，由我方承担所有相关责任。除非采购文件特别规定，采购人享有本项目实施过程中产生的知识成果及知识产权。如我方在采购项目实施过程中采用自有或者第三方知识成果的，使用该知识成果后，我方承诺提供开发接口和开发手册等技术资料，并提供无限期支持，采购人享有使用权（含采购人委托第三方在该项目后续开发的使用权）。如我方在项目实施过程中采用非自有的知识产权，则在报价中已包括合法获取该知识产权的相关费用。

9.我方自愿按照采购文件规定的各项要求向采购人提供所需货物和服务。

10.一旦我方成交，我方将严格履行采购合同规定的责任和义务。

11.我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与采购报价有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

申请人名称： （盖章）

时间：

**二、具有独立承担民事责任的能力**

**(营业执照)**

**三、本项目特定资格条件提供的证明材料**

(......)

（若未涉及，填“无”即可）

**四、法定代表人身份证明书**

**（若为法定代表人/单位负责人参与则提供此页）**

\_\_\_\_\_\_\_\_(姓名）系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（申请人名称）的法定代表人/单位负责人（职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）。

特此证明。

申请人名称： （盖章）

时间：

注：

1.申请人为自然人时提供“自然人身份证明材料”。

2.应附法定代表人/单位负责人身份证明材料复印件（提供其在有效期的材料，如居民身份证正、反面复印件）。

3.身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照等。

4.此授权书盖章位置未做强制性要求。

**法定代表人授权委托书**

**（若委托授权代表参与则提供此页）**

本授权委托书声明：我 （姓名） 系 （申请人名称） 的法定代表人，现授权 （姓名） 为我院委托代理人，以本单位的名义参加 项目的采购活动。委托代理人在采购活动、谈判以及合同签订过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我及我公司均予以承认，并全部承担其产生的所有权利和义务。

委托代理人无转委托权。特此委托。

授权人(法定代表人): （签字）

委托代理人： （签字）

申请人名称： （盖章）

时间：

注：1.应附法定代表人/单位负责人和委托代理人的身份证明材料复印件（提供其在有效期的材料，如居民身份证正、反面复印件）。2.身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照等。

**六、采购需求偏离表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购需求的要求** | **申请文件响应情况** | **偏离情况** | **佐证材料对应申请文件页码** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表说明：1.申请人必须按采购需求的内容据实填写，不得虚假响应，否则将取消其参选或中选资格并按规定追究其相关责任。2.偏离情况请填写“无偏离”、“正偏离”或“负偏离”。3.需提供的佐证材料，包括但不仅限于(......)等。

申请人名称： （盖章）

时间：

**七、报价单**

我单位作为参选人,对此次评审活动中我方所承诺的条款已经完全明确,也深知所承诺的事项和作出的报价可能给我方带来的风险和后果。如果我方在评审活动中有弄虚作假等违法违规行为，以及中选后因报价低或不执行承诺条款而不履约,本单位愿承担一切责任（包括赔偿损失、取消评审及中选资格等），我单位本次报价为：

**注意事项：**

**下表中参选产品名称、生产厂家、规格型号等信息须与产品医疗器械注册证或备案凭证对应信息保持一致。**

**5.报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购标的名称 | 品牌 | 规格型号 | 单价（元） | 数量 | 总价（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |
| 报价合计 | 大写： 小写： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 产品注册证 | 药交ID | 产品编码 | 国家医保耗材代码 | 省平台联盟区限价 | 投标报价 | 国家医保医用耗材编码（27位） | 是否为专用耗材 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

耗材报价单（如有）

报价供应商名称： （供应商公章）

法定代表（负责人）或授权代表人：

（签字或加盖个人名章）：

联系方式：

\_\_\_\_\_年 月 日

1. **供应商认为需要提供的其他材料**

**格式自拟**