附件2

沾益区人民医院医用血液冷藏箱采购项目

报价文件

供应商全称： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

地 址：

联系人：

联系电话：

日 期： 年 月 日

1. **营业执照副本及相关证件复印件**

（格式自拟）

**二、报价函**

 （采购人名称）：

我方全面研究了 项目，决定参加贵单位组织的本项目报价。

1、我方自愿按照询价公告规定的各项要求向采购人提供货物，报价为（大写）人民币 （小写¥ ）。

2、交货时间：

3、交货地点：

4、本投标有效期为报价文件递交截止时间起 90 日历天。

5、我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与投标有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

通讯地址：

邮政编码：

联系电话：

传 真：

日 期：

## **三、****投标分项报价表**

**项目名称： 招标编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 医疗器械注册证号 | 制造商名称 | 型号和规格 | 是否小型或微型企业、残疾人福利性单位或监狱企业 | 数量（1） | 单价（元） | 合价（元）（6）=（1）\*（5） | 质保期 |
| 出厂价（2） | 至交货地点的运杂费（3） | 安装调试费（4） | 合计（元）（5）=（2）+（3）+（4） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 总计（元） |  |

**四、法定代表人身份证明及授权委托****书**

**法定代表人身份证明**

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： 身份证号：

职务： 系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证（正反面）复印件或扫描件

 供应商： （盖单位章）

 年 月 日

**法定代表人授权委托书**

本人 （姓名）系 （供应商名称）的法定代表人，现委托 （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）报价文件、签订合同和处理有关事宜等，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：委托代理人身份证（正反面）复印件或扫描件

供应商： （盖单位章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字）

身份证号码：

 年 月 日

**五、供应商基本情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商全称 |  |
| 主要业务范围 |  |
| 法定代表人名称 |  | 职 务 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电 话 |  | 传 真 |  |
| 成立日期 |  | 现 有 职工 人 数 |  |
| 备注： |

（本表后附供应商营业执照副本或民办非企业单位登记证书复印件或扫描件）

供应商名称： （加盖公章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期：

**六、****资格条件承诺函**

我方（供应商名称）符合以下要求，具体包括：

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

4.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

5.参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6.不存在违反“单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动。除单一来源采购项目外，为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动。”规定的情形；

7.未被列入失信被执行人名单、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。

我方对上述承诺的真实性负责，接受社会公众监督，如需检查核验，自愿接受采购单位的检查核验。如有虚假，愿依法承担相应责任。

特此承诺。

法定代表人（签字）：

 承诺人（供应商盖章）：

年 月 日

**七、服务方案**

服务方案包括但不限于：服务内容、服务承诺、售后服务、服务团体、响应时间、类似经验等

（格式自拟）

**八、供应商认为需要提供的其他材料**

 （格式自拟）