**附件：**

邻水县人民医院共享自助服务项目

 申请人： （盖章）

2025年2月11日

一、资质响应文件

**申请文件目录**

申请文件内包括：

一、企业营业执照副本复印件（加盖单位鲜章）；

二、法定代表人有效身份证（加盖单位鲜章）；

三、如委托代理人办理，则需提供法定代表人授权委托书、委托代理人有效身份证复印件（加盖单位鲜章）；

注：申请文件目录与申请文件一同密封。

一、公司营业执照副本复印件（加盖单位鲜章）

二、法定代表人有效身份证（加盖单位鲜章）

三、如委托代理人办理，则需提供法定代表人授权委托书、委托代理人有效身份证复印件（加盖单位鲜章）

1. **法定代表人授权书**

**（加盖单位鲜章）**

本人 （姓名） 系 （申请人名称） 的法定代表人，现委托 （姓名） 为我方代理人，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 （项目名称） 申请文件、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： 年 月 日 至 年 月 日。

代理人无转委托权。

附件：授权代理人身份证复印件

 申 请 人： （盖单位章）

 法定代表人： （签字）

 授权代理人： （签字）

 联系电话：

 年 月 日

 注：法定代表人委托代理人参加竞价适用。

**（二）委托代理人有效身份证复印件**

**（加盖单位鲜章）**

二、其他响应文件

**申请文件目录**

申请文件内包括：

一、承诺函（加盖单位鲜章）；

二、报价表（加盖单位鲜章）；

注：申请文件目录与申请文件一同密封。

**一、承诺函**

邻水县人民医院：

我公司作为本次采购项目的投标人，根据招标文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）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；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）根据采购项目提出的特殊条件。

二、完全接受和满足本项目采购文件中规定的实质性要求，如对采购文件有异议，已经在投标截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对采购文件有异议的同时又参加询价，以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他供应商参与同一合同项下的政府采购活动的行为。

四、参加本次采购活动，不存在和其他供应商在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、我公司承诺未被纳入法院、工商行政管理部门、税务部门、银行认定的失信名单且在有效期内，或者在前三年政府采购合同履约过程中及其他经营活动履约过程中没有未依法履约被有关部门处罚（处理）的情形，否则我公司本次询价、成交作无效处理。

六、响应文件中提供的能够给予我公司带来优惠、好处的任何材料资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

七、如本项目评审过程中需要提供样品，则我公司提供的样品即为成交后将要提供的成交产品，我公司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招标文件要求导致未能成交的，我公司愿意承担相应不利后果。

八、本项目响应文件有效期为递交询价响应文件截止之日起90天。

九、我单位及现任法定代表人、主要负责人近三年内无行贿犯罪记录。

本公司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，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

承诺人（投标人）名称： （签章）

日期：

**注：承诺函必须按照格式要求签字、签章，否则作无效响应处理。**

二、报价表

（加盖单位鲜章）

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 安装位置 | 数量 | 单价（元/月/套） | 金额（元/月） | 备注 |
| 售货机 | 门诊住院楼、医技住院楼 | 10 |  |  | 按实际需要进行配置 |
| 轮 椅 | 门诊住院楼、医技住院楼 | 10 |  |  |
| 充电宝 | 门诊住院楼、医技住院楼 | 25 |  |  |
| 取袋机 | 门诊住院楼 | 2 |  |  |
| 打印复印 | 门诊住院楼、医技住院楼、办公楼 | 3 |  |  |
| 合计 |  元（大写： ） |

注: 1.自助服务设备由投标人统一管理，给医院交一定的场地保洁、水电消耗等费用，按自助设备类别由投标人分类报价（即场地保洁、水电消耗等费用）。

2.所有报价均用人民币表示,必须为整数。

供应商名称：（盖单位公章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：