致：于都县人民医院

## 耗

## 材

## 遴

## 选

## 文

## 件

**项目名称：**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **页码** |
| 1 | 响应供应商响应承诺函 |  |
| 2 | 产品报名信息一览表 |  |
| 3 | 响应供应商资格证明文件 |  |
| 4 | 响应供应商关于无重大违法记录书面声明函 |  |
| 5 | 法定代表人授权书 |  |
| 6 | 制造商（生产厂家）授权书 |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |

响应承诺函

 （供应商名称）郑重承诺：

1.本公司对此次项目投标文件所涉及的文件、证件及其他佐证材料的有效性、真实性提供保证，若因提供虚假资料所造成一切后果，公司承担一切法律责任。

2.本公司在本项目合同签订前后，积极配合医院的检查验证，提供相关证明材料，证明投标文件真实准确。

 3.本公司服从并接受如违背以上承诺，医院给予取消此次项目中选资格。

本公司对以上承诺负全部责任。

特此承诺。

法人代表签字：

 （公司公章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| **产品报价信息一览表** |
| 产品序号 | 产品名称 | 产品注册（备案）名称 | 注册证号 | 规格型号 | 单位 | 省医保挂网价（元） | 本次报价（元） | 我院设定的最高限价（最小单位） | 生产厂家 | 最小配送包装数 | 江西省医保局目录中为甲类、乙类、自费、不在目录中 | 27位贯标码 | 配送公司名称 | 联系人 | 联系电话 | 备注 |
| 按附件顺序填报 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 备注：1、信息表在递交文件时请提供纸质版及Excel电子版并密封，2、不同规格有不同的价格时须备注 |

响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证

2、医疗器械经营许可证或第二类医疗器械经营备案凭

## 响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

**法定代表人授权书（非法人代表参与投标时提供）**

本授权委托书声明：注册于 （地址）的 （授权单位名称），法人代表为 （法人代表姓名、职务）。现授权委托 （被授权人的姓名）为本单位的合法代理人，并将以本单位名义参加于都县人民医院组织的 （项目名称）。代理人（被授权人）在本项目遴选活动中所签署的一切文件和处理的一切有关事宜，我单位均予承认。代理人无转委权，特此委托。

法定代表人（授权人）情况：

姓名： 电话： 身份证号：

法定代表人签字或盖章：

代理人（被授权人）情况：

姓名： 电话： 身份证号：

代理人（被授权人）签字：

供应商公章：

授权日期： 年 月 日

附：法定代表人（授权人）二代身份证复印件（正反两面）

代理人（被授权人）二代身份证复印件（正反两面）

制造商（生产厂家）授权书