附件1

法定代表人身份证明书（格式）

项目名称：

致：重庆市巴南区第二人民医院：

 （法定代表人姓名）在 （供应商名称）任 （职务名称）职务，是（供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

 （供应商公章）

 年 月 日

法定代表人电话：XXXXXXX

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

法定代表人授权委托书（格式）

项目名称：

致：重庆市巴南区第二人民医院：

 （供应商法定代表人名称）是 （供应商名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述项目的报名、遴选等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。

我单位对被授权人的签署负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人： 供应商法定代表人：

（签署或盖章） （签署或盖章）

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年 月 日

被授权人电话：XXXXXXX

注：

1.若为法定代表人办理并签署响应文件的，不提供此文件。

附件2

基本资格条件承诺函（格式）

致重庆市巴南区第二人民医院：

 （供应商名称）郑重承诺：

1.我方具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，具有履行合同所必需的设备和专业技术能力，具有依法缴纳税收和社会保障金的良好记录，参加本项目采购活动前三年内无重大违法活动记录。

2.我方未列入在信用中国网站（www.creditchina.gov.cn）“失信被执行人”、“重大税收违法案件当事人名单”中，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为记录名单”中。

3.我方在本项目合同签订前后随时接受采购人的检查验证，配合提供相关证明材料，证明符合《中华人民共和国政府采购法》规定的投标人基本资格条件。

我方对以上承诺负全部法律责任。

特此承诺。

（供应商公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 医用耗材遴选投标人报名表 |
| 报名单位（加盖公章） |  |
| 报名项目名称 | 重庆市巴南区第二人民医院2025年4月部分高值医用耗材遴选 |
| 报名单位联系地址 |  |
| 报名单位联系电话 |  |
| 法定代表人姓名 |  | 法人身份证号码 |  |
| 报名日期 | 年 月 日 |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人地址 |  | 联系人身份证号码 |  |
| **产品清单** |
| **序号** | **产品序号（为遴选清单中的序号）** | **产品名称** | **规格** | **型号** | **生产厂家** | **单位** | **报价** | **产品药交所编码** | **国家医保码** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （注：以上表格可加页） |  |  |  |  |

附件3

附件4

商务条款差异表

采购项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 遴选商务要求 | 投标商务应答 | 差异说明 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

投标人：                法定代表人或法定代表人授权代表：

   （投标人公章）              （签字或盖章）

                        年     月     日

附件5

产品样品清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号****（自编号）** | **产品序号** | **产品名称** | **规格/型号** | **生产厂家** | 样品份数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（注：以上表格可加页）