**附件1：**

|  |
| --- |
| **清远市中医院****报****名****资****料****（正本）****（盖章）****项目名称**： **供应商名称**： **供应商地址**： **联系人：** **联系电话：** **日期：**   |

|  |
| --- |
| **清远市中医院采购项目供应商报名资料清单** |
| **供应商名称** |  | **挂网项目序号** |  |
| **项目名称** |  | **供应商代理级别** |  |
| **文件类型** | **序号** | **文件名称** | **提交情况** | **页码范围** |
| **有** | **无** |
| **供应商****证件** | **1** | 报名登记表 |  |  |  |
| **2** | 供应商资格声明函（提供“信用中国”网站无不良记录的佐证材料） |  |  |  |
| **3** | 营业执照，分支机构投标的，须提供总公司和分公司营业执照复印件，总公司出具给分支机构的授权书。 |  |  |  |
| **4** | 法定代表人身份证明及身份证复印件 |  |  |  |
| **5** | 如法人不来则需提交：法定代表人给业务员的委托授权书（注明有效期），业务员身份证复印件、联系方式。 |  |  |  |
| **6** | 第一类：第一类医疗器械备案凭证和第一类医疗器械备案信息表第二类：第二类医疗器械经营备案凭证第二、三类：医疗器械经营许可证 |  |  |  |
| **7** | 近6个月内任意1个月的依法缴纳税收和社会保障资金证明材料，如无需缴纳税收的供应商，则须提供相关部门出具的证明文件。 |  |  |  |
| **8** | 提供2022年度财务状况报告或基本开户行出具的资信证明或近6个月任意一个月的财务报表【财务报表须包含资产负债表、利润表(或损益表或收支明细表)】。 |  |  |  |
| **9** | 主要控股人的信息 |  |  |  |
| **10** | 中小企业声明函 |  |  |  |
| **11** | 供应商反商业贿赂承诺书 |  |  |  |
| **生产厂商****相关证件** | **12** | 营业执照 |  |  |  |
| **13** | 医疗器械：产品医疗器械注册证、注册证登记表非医疗器械：非医疗器械管理的说明（食品药品监督局分类说明） |  |  |  |
| **14** | 国产：医疗器械生产许可证/医疗器械生产产品登记表 |  |  |  |
| **15** | 进口：第一类：第一类医疗器械备案凭证和第一类医疗器械备案信息表 第二类：第二类医疗器械经营备案凭证 第二、三类：医疗器械经营许可证 |  |  |  |
| **16** | 产品销售授权书（注明有效期） |  |  |  |
| **供应商代表签名（盖章）** |  | **日期** | 年 月 日 |

**注**：以上材料将作为报名供应商合格性和有效性审核的重要内容之一，必须严格按照其内容及序列要求在报名文件中对应如实提供，对缺漏和不符合项将会直接导致无效投标！有提供打“√”，无打“×”

|  |
| --- |
| **报名登记表** |
| **项目名称** |  | **数量** |  |
| **供应商名称** |  |
| **产地** |  |
| **品牌名称** |  |
| **型号** |  |
| **联系人** |  |
| **手机号码** |  |
| **固话** |  |
| **电子邮箱** |  |

供应商代表确认：

 供应商名称：（公章）

**供应商资格声明函**

清远市中医院：

关于贵院 年 月 日发布(项目名称） ，本公司（企业）愿意参加报名，并声明：

一、本公司（企业）具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条资格条件要求

（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。

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

（五）参加采购活动前三年内，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。

二、本公司（企业）已清楚招标文件的要求及有关文件规定。

三、本公司（企业）承诺在本次招标采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。

特此声明！

 供应商名称（公章）：

 法定代表人或授权代表（签名或盖章）：

 日期： 年 月 日

**营业执照**

说明:此行红色字体提交时请删除，营业执照必须清晰可见，包括营业范围，在有效期内，盖章。此证件及其余未有格式文件请自行设计。

**法定代表人证明书**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志，现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

 签发日期：

 供应商名称（盖公章）：

法定代表人

居民身份证复印件

（正面）

法定代表人

居民身份证复印件

（反面）

说明：填写内容必须真实、清楚、涂改无效；身份证必须清晰可见。

**法定代表人授权委托书**

本授权委托书声明：注册于 （供应商地址） 的 （供应商名称）在下面签名或盖章的（法定代表人姓名，职务、联系号码） 在此授权（被授权人姓名）职务： 性别： 年龄： 联系号码： 作为我公司的合法代理人，就（项目名称）的招标活动中，以我方的名义处理一切与之有关的事务，被授权人无转委托权限。

授权有效期限： 年 月 日至 年 月 日。

 供应商名称（盖公章）：

 法定代表人（签字或盖章）：

 被授权人（签字）：

 日期： 年 月 日

被授权人（授权代表）

居民身份证复印件

（正面）

被授权人（授权代表）

居民身份证复印件

（反面）

说明：

1、填写内容必须真实、清楚、涂改无效；身份证必须清晰可见。

2、投标签字代表为法定代表人，则无需提供本表。

供应商反商业贿赂承诺书

清远市中医院：

为确保采购项目的顺利实施，促进清远市中医院采购工作健康发展，在《*请填写项目名称*》项目采购活动中，我公司在此庄严承诺:

1、在参与该项目采购活动中遵纪守法、诚信经营、公平竞标。

2、不向采购人进行任何形式的商业贿赂以谋取交易机会。

3、不向采购人提供虚假资质文件或采用虚假应标方式参与项目采购项目竞争并谋取中标、成交。

4、不采取“围标、陪标”等商业欺诈手段获得项目中标资格。

5、不采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商。

6、不在提供商品和服务时“偷梁换柱、以次充好”损害采购人的合法权益。

7、不与采购人或其它供应商恶意串通，进行质疑和投诉，维护项目项目采购秩序。

8、尊重和接受采购监督管理部门的监督和院方项目采购采购要求，承担因违约行为给采购人造成的损失。

9、不发生其他有悖于采购项目公开、公平、公正和诚信原则的行为。

10、如违反以上承诺，愿接受院方和政府采购监管部门依照《中华人民共和国政府采购法》及相关法律法规处理并承担相应法律责任。

11、如出现上述行为，我公司及参与投标的工作人员愿意接受按照国家法律法规等有关规定给予的处罚。

供应商名称（加盖公章）： 请填写公司名称

供应商法定代表人（负责人）：（签名或盖私章）

供应商代表签字：

 年 月 日

备注：供应商必须按此格式要求承诺，不得对实质性内容作出修改，否则，其报名文件资料将被评定为无