**承诺函原件**

**承诺函**

自流井区中医院（新街社区卫生服务中心）：

（响应供应商名称）作为参加本次调研及采购活动（项目： ）的响应人，现郑重承诺：

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）本项目提出的特殊条件。

二、完全接受本项目调研及采购文件规定，如对调研及采购文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对调研及采购文件有异议的同时又参加调研及采购活动以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次调研及采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他投标人参与同一合同项下的政府采购活动的行为。

四、参加本次调研及采购活动，不存在和其他响应人在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、如果有《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）规定的记入诚信档案的失信行为，将在响应文件中全面如实反映。

六、响应文件中提供的能够给予采购人带来优惠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。

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。

投标人名称（加盖公章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：XXXX年XX月XX日

附件一:

**报 名 函**

自流井区中医院（新街社区卫生服务中心）：

经研究，我方决定参加贵院 项目的调研及采购及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受或我公司为成交公司，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是比选的唯一条件，你们有选择质优价廉产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关调研及采购的各项规定。

报名人代表姓名、职务：

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

QQ邮箱：

年 月 日

附件二：

**法定代表人授权委托书**

自流井区中医院（新街社区卫生服务中心）：

（报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（医院名称）项目调研及采购活动的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

附件三：

**自流井区中医院（新街社区卫生服务中心）服务项目调研及采购情况**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

1. **服务项目报价：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务项目名称 | 服务资质是否符合国家、省、市法律法规及行业标准 | 是否满足医院需求 | 服务团队人员数量 | 服务数量（单位年） | 一年总价（万元） | 两年总价（万元） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**自流井区中医院**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 设备名称 | 检定与校准数量 | 单价（元） |
| 1 | 凝血分析仪 | 1 |  |
| 2 | 化学发光免疫分析仪 | 1 |  |
| 3 | 二氧化碳细胞培养箱 | 1 |  |
| 4 | 电解质分析仪 | 1 |  |
| 5 | 血球仪 | 1 |  |
| 6 | 医用冰箱（冷藏/冷冻） | 1 |  |
| 7 | 指夹式脉搏血氧仪 | 1 |  |
| 8 | 肺功能仪 | 1 |  |
| 9 | 尿液分析仪 | 1 |  |
| 10 | 麻醉机 | 1 |  |
| 11 | 数字电子秤 | 1 |  |
| 12 | 生物安全柜 | 1 |  |
| 13 | 离心机 | 1 |  |
| 14 | 一氧化氮检测仪 | 1 |  |
| 15 | 碳14检测仪 | 1 |  |
| 16 | 彩超机 | 1 |  |
| 17 | 微量泵 | 1 |  |
| 18 | 合计 | 17 |  |

**自流井区新街社区卫生服务中心**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 设备名称 | 检定与校准数量 | 单价（元） |
| 1 | 彩超机 | 1 |  |
| 2 | 血球仪 | 1 |  |
| 3 | 微量泵 | 1 |  |
| 4 | 医用冰箱（冷藏/冷冻） | 1 |  |
| 5 | 指夹式脉搏血氧仪 | 1 |  |
| 6 | 尿液分析仪 | 1 |  |
| 7 | 数字电子秤 | 1 |  |
| 8 | 合计 | 7 |  |

**二、服务项目方案：（服务商自行填写）**

**三、其他：**

1.合同签订和服务所需货物到货期限：承诺成交/中标后，在院方要求时间内完成合同签订，(否则取消成交/中标资格，院方顺延第二家商家成交/中标或者重新采购)，签合同之日后 个自然日内货到医院指定地点安装调试完毕。

2.服务年限：服务 年

3.付款方式：

4.承诺提供的所有的响应文件符合相关法律法规及行业标准等及本次项目需求的要求，否则导致的一切后果（比如其他商家对授权的质疑投诉，虚假响应等）由报名公司承担一切后果。

**四、本项目采购形式：**1.政府采购□:按政府采购相关要求执行；2.医院自行采购项目□：按医院内控制度确定成交公司后在医院官网进行公示，公示日期1个自然日，公示期满无异议通知成交公司签订合同，供应商不得以任何理由拒绝签订合同，否则被列为不诚信供应商名单，3年内不得参加医院各项采购活动，同时承担由此带来的一切后果。

**五、本人已熟读以上条款并代表报名公司同意以上条款，并签名确认： 联系电话：**

附件四：

相关产业发展情况及市场供给情况

1. 相关产业发展情况（备注：详细描述该行业的发展及贵公司在该行业的一个发展情况；从事该行业的公司在川内及全国覆盖面是否广泛，基本是怎样的一个情况；该行业产品在国内的进口与国产覆盖比例、以及进口和非进口产品的区别等等。）

二、市场供给情况（详细描述公司所投品牌产品在目前能够提供给国内市场的产品总量及供给是否充足等等）：

附件五

同类采购项目历史成交信息情况

备注：请根据实际要求填写，如公司所投品牌同类产品近三年的历史成交信息（至少包含项目名称、品牌型号、成交金额，成交单位）等等，可提供合同复印件、成交通知书、发票复印件等等作为佐证资料。