云南省第一人民医院

项目

响 应 文 件

公司名称（盖章）：

法定代理人或委托代理人：

日期： 年 月 日

目 录

**1、报价一览表（原件）**

**2、分项报价表（原件）**

**3、所提交材料真实性及法律责任承诺函（原件）**

**4.证明材料**

4.1、营业执照、组织机构代码证、税务登记证或已更换为“三证合一”的营业执照 (复印件并加盖公章)；

4.2法定代表人身份证明书及法定代表人授权书（原件）；

4.3具备中华人民共和国法定计量检定机构计量授权证书及附件(复印件并加盖公章)；

4.4具备由省级部门颁发的检验检测机构资质认定证书及附表(复印件并加盖公章)；

4.5具备中国合格评定国家认可委员会实验室认可证书及附件(复印件并加盖公章)；

4.6 需检定校准清单内项目资质证明

4.7 开展检定校准项目收费标准及收费依据

4.8 所用医疗计量器具清单及其检定校准证书

4.9 项目检测方法、内容、频率、质量、分析与判定、报告及相应的技术规程规范

4.10 技术人员资质证明（提供技术人员资质）

4.11 本项目实施方案

4.12 近三年来三甲医院服务业绩（提供合同等证明材料）

4.13 供应商情况表；

4.14 提供2022年经审计的审计报告及完整的财务报表（资产负债表、现金流量表、损益表（或利润表））复印件加盖公章或基本开户银行出具的资信证明原件；

4.15 提供2023年1月至今期间任意连续3个月依法缴纳税收和社会保障资金的相关证明材料(复印件并加盖公章) ；

4.16 提供供应商参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(原件)；

**5、技术规格偏离表**

**6、商务规格偏离表**

**注：以上证明文件不全的或不在有效期的，其投标将被拒绝。**

## 一、报价一览表

项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务名称 | 服务商 | 数量 | 总报价  （人民币万元） | 服务时间 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

供应商全称(盖公章)：

法定代表人或其授权委托人(签字)：

## 二、分项报价表

项目名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检测设备名称 | 数量 | 单价（元） | 合价（元） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 | …… |  |  |  |
| 合计 |  | | | |

注：

1、总价不得超过《云南省计量检定机构计量检定收费标准》（云发改收费【2009】1116号）规定且强制检定项目执行财税【2017】20号文件停征费用目录范围内免费

供应商全称(盖公章)：

法定代表人或其授权委托人(签字)：

注：1、如果按单价计算的结果与总价不一致，以单价为准修正总价。

2、如果不提供投标分项报价表将视为没有实质性响应谈判文件。

三、 提交材料真实性及法律责任承诺函

致：云南省第一人民医院

我公司郑重承诺向云南省第一人民医院呈递的

项目（包含文字材料、复印件、图像样式、样品等）所有资料完整且真实有效，复印件与原件一致，若经查发现信息不真实，立即放弃资格并承担相应法律责任。

公司（盖章）：

承诺人：

职务：

身份证号：

电话：

1. 证明材料

**营业执照、组织机构代码证、税务登记证或已更换为“三证合一”的营业执照 (复印件并加盖公章)**

法定代表人身份证明书

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

系 （供应商） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证（注：第二代身份证应附双面的复印件）

供应商全称(公章)：：

日 期： 年 月 日

法定代表人授权书

致：*云南省第一人民医院*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(供应商全称)法定代表人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(授权委托代表姓名)为全权代表，参加贵处组织的

项目(项目编号: )招标活动，全权处理招标活动中的一切事宜。

　　　　　　　　　　　　　　法定代表人签字：

　　　　　　　　　　　　　　供应商全称(公章)：

　　　　　　　　　　　　　　日　期：

附：

　授权委托代表（签字）：

　职　　　　务：

　详细通讯地址：

　邮 政 编 码 ：

　传　　　　真：

　电　　　　话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 授权委托代表身份证正面复印件 |  | 授权委托代表身份证反面复印件 |

### 中华人民共和国法定计量检定机构计量授权证书及附件(复印件并加盖公章)

**省级部门颁发的检验检测机构资质认定证书及附表(复印件并加盖公章)**

**中国合格评定国家认可委员会实验室认可证书及附件(复印件并加盖公章)**

**需检定校准清单内项目资质证明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检校项目 | 是否具备资质 | 索引（页码） |
|  |  |  |  |

**开展检定校准项目收费标准及收费依据**

**所用医疗计量器具清单及其检定校准证书**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检校项目 | 所有医疗计量器具名称 | 是否具备检定校准证书 | 索引（页码） |
|  |  |  |  |  |

**项目检测方法、内容、频率、质量、分析与判定、报告及相应的技术规程规范**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检校项目 | 是否具备检定、校准规程规范 | 索引（页码） |
|  |  |  |  |

**技术人员资质证明（提供技术人员资质）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 年龄 | 专业年限 | 最高学历 | 专业 | 职称/职业资格 | 承担工作 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**本项目实施方案**

**近三年来三甲医院服务业绩（提供合同等证明材料）**

### 供应商情况表

（加盖公章)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | 企业名称： | |
| **2** | 地址： | |
| **3** | 当地代表处地址： | |
| **4** | 电话： | 联系人： |
| **5** | 传真： | 电子邮件： |
| **6** | 注册地： | 注册年份： |
| **7** | 公司资质等级证书号 | |
| **8** | 公司通过 质量保证体系认证。 | |
| **9** | 公司概况 | |
| **10** | 主营范围 | |
| **11** | 其他需要说明地情况： | |

**2022年经审计的审计报告及完整的财务报表（资产负债表、现金流量表、损益表（或利润表））复印件加盖公章或基本开户银行出具的资信证明原件**

**2023年1月至今期间任意连续3个月依法缴纳税收和社会保障资金的相关证明材料(复印件并加盖公章)**

**提供供应商参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(原件)**

## 五、技术规格偏离表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 文件技术规范、要求 | 响应文件  对应规范 | 正偏离/响应/负偏离 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

供应商全称(盖公章)：

法定代表人或其授权委托人(签字)：

注：1、如果不提供技术规格偏离表将视为没有实质性响应谈判文件。

2、供应商应对照谈判文件技术规格，逐条说明所提供服务已对谈判文件的技术规格做出的响应，并申明与技术规格条文的偏差和例外。

3、供应商应如实填写本表，不得复制谈判文件的参数填写。

## 六、　商务规格偏离表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 商务条款 | 文件的条款要求 | 响应文件  对应承诺 | 正偏离/响应/负偏离 | 备注 |
| 1 | 服务时间 |  |  |  |  |
| 2 | 其他 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 | … |  |  |  |  |

供应商全称(盖公章)：

法定代表人或其授权委托人(签字)：

注：

1、如果不提供商务条款偏离表将视为没有实质性响应谈判文件。

2、供应商应对照谈判文件中相应的商务条款要求，逐条说明所提供服务已对采购文件的商务条款做出了响应，并申明与本采购文件所要求商务条款的偏差和例外。