**承诺函**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

（响应供应商名称）作为参加本次采购调研活动（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、完全接受本项目采购调研文件规定，如对采购调研文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对采购调研文件有异议的同时又参加采购调研活动以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次采购调研活动，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、参加本次采购调研活动，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**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

经研究，我方决定参加贵院 项目的采购调研及报价。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采购调研的各项规定。

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：

邮 箱：

年 月 日

附件二：

**法定代表人授权委托书**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

（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）项目市场调研的一切事宜。

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

**报价单**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 报价 | 人民币： 大写： |

1、所报价格包括但不限于管理费、服务费、意外伤害保险、税金等各种与本项目有关的全部费用。

2、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。

3、本人已熟读以上条款并代表报名公司同意以上条款。

法人或代表人签字 ：

供应商名称（盖章）：

时间：

**此表来院参加采购调研活动当日填写，填写后交与经办人员，不做入响应文件！！此表需加盖单位鲜章，表内1-11项全部符合方能来院参加采购调研活动。**

|  |
| --- |
| **资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心供应商来院采购调研活动防疫筛查登记表**  姓名及电话： 性别： 年龄： 到访科室：  身份证号： 近期居住地：  来院时间： 年 月 日 预计离院时间： 年 月 日  来院办理事项： 单位名称：  **根据中国疾病预防控制中心《新型冠状病毒感染的肺炎公众防护指南》，及疫情防控相关要求请如实填写以下内容：**   1. 请问您最近4周内是否与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史？   🞎 无   1. 请问您最近4周内是否接触过来自境外，或来自国内其他高中风险地区的发热或有呼吸道症状的患者？   🞎 无   1. 请问您最近4周内家属或周围密切接触人员是否有高中风险地区旅行史或居住史？是否接触过来自高中风险地区或者境外的呼吸道症状的患者？   🞎 无   1. 请问您近期内有无发热？   🞎 无   1. 请问您近期内有无咳嗽、恶心、呕吐、腹泻、乏力？   🞎 无   1. 请问是否进行新冠疫苗接种？ 🞎有 第几针？ 2. 健康码颜色？ 🞎 绿色 3. 行程码是否为**√？**： 🞎 是 4. 国家政务服务平台中同行密接人员自查是否安全？ 🞎 是 5. 24小时核酸结果 🞎阴性 6. 佩戴口罩类型 🞎外科口罩 🞎N95口罩（备注：佩戴口罩类型请按这两类选择。）   **温馨提示：**   1. 严禁未经预约备案的医药代表、销售代表进入医院。 2. 确因物资配送、设备维护、技术支持等业务需要进入科室的，请相关科室做好疫情防控筛查登记。 3. 法律规定公民应如实向医务人员主动报告疫情相关信息，迟报、瞒报、谎报、乱报将依法追究相关责任。   到访人员签字： 本院筛查人员： 来访科室负责人： |