**大竹县人民医院介入耗材采购项目**

**招标公告（第二次）**

大竹县人民医院拟对**医用介入耗材**采购项目进行公开招标，兹邀请符合本次招标要求的潜在供应商参加投标。

**一、项目编号：**竹医医装采（2023）3号（第二次）

**二、项目名称：大竹县人民医院医用介入耗材公开招标采购项目**

**三、采购方式：**公开招标

**四、项目简介：**

本项目5个包，拟通过公开招标采购介入耗材，具体分包如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 包号 | 采购内容 | 备注 |
| 01 | 外周血管介入耗材 |  |
| 02 | 综合介入耗材 |  |
| 03 | 神经内科介入耗材 |  |
| 04 | 神经外科介入耗材 |  |
| 05 | 心血管内科介入耗材 |  |

1、具体项目清单详见（附件1）；

2、本项目不接受联合体投标；

3、本项目不接受合同分包、转包；

4、本项目不举行现场踏勘；

5、本项目不组织答疑会；

6、本项目不收取履约保证金；

**五、****投标人资格条件：****（实质性要求）**

1、承诺函原件（附件2）；

2、在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格的合法企业，相关资质齐全：

2.1加载统一社会信用代码的企业法人营业执照（非企业法人提供符合招标文件要求的合法证件）复印件；

2.2法定代表人身份证复印件；

2.3法定代表人授权书原件（非法定代表人参与时提供）；

2.4授权代表的身份证复印件（非法定代表人参与时提供）；

2.5医疗器械经营企业许可证或备案凭证复印件；

2.6所投产品的医疗器械注册证复印件。

3、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

4、具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

5、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

6、参加本次招标活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

7、供应商在四川医保公共服务平台已完成备案登记并获取医用耗材配送资格的经营企业；

8、所投产品厂家或总代理授权书；

 六**、招标文件获取：**

招标文件请登陆大竹县人民医院官网（https://www.scdz120.com）自行下载获取。

**七、投标文件印制和标注**

 1、投标文件一份。投标文件的打印和书写应清楚工整，任何行间插字、涂改或增删，必须由供应商法定代表人或其授权代表签字或盖个人印鉴。字迹潦草、表达不清或可能导致非唯一理解的投标文件可能视为无效投标文件。

 2、投标文件应盖骑缝章或每页加盖单位鲜章。

 3、提供电子文档一份。一是电子文档必须是投标文件完整扫描而成的PDF文件；二是报价电子文档必须是按附件1格式填报的Excel文档，方便统计报价。采用U盘或光盘存储。无Excel报价文档的将视为无效投标文件。

4、投标文件必须密封并加盖单位鲜章。密封袋封面写明“竹医医装采（2023）3号（第二次）投标文件xx包”字样，密封袋封口处应用密封条粘贴牢固，并加盖密封章，密封以投标文件不外露直视为限。未按以上要求进行密封和标注的投标文件将被拒绝。

5、投标文件需装订成册并做好目录（含页码索引），正文逐页标注连续页码。

**八、投标文件递交方式及截止时间：**

1、投标文件递交方式：可当面递交或特快专递以及其它方式在投标响应文件递交截止时间前送达（邮寄）至大竹县人民医院医学装备科（门诊大楼8楼）。逾期送达的投标响应文件恕不接收。

  2、投标响应文件递交截止时间：2023年10月7日17:30（北京时间）。

**九、招标结果及公示**

  1、投标文件递交时间截止后，医院择时进行评审。

  2、招标结果在大竹县人民医院官网（https://www.scdz120.com）上公示。

**十、项目要求：（实质性要求）**

  1、项目具体要求详见附件1

  2、提供投标产品的规格型号、主要技术参数和功能说明、详细配置清单、注册检验报告、图片资料等。

**十一、报价：（实质性要求）**

  1、一个产品只能填报一个单价，报价表自动计算出年预估采购成本。年预估采购成本仅作为评审计分使用，合同签订标的为对应医用耗材的单价。

  2、报价为一次性最终成交价，包括产品安装、运输、培训等一切费用。报价页需加盖单位鲜章。

  3、本项目最高限价：不高于四川医保公共服务药品和医用耗材招采管理系统平台截止到投标时间当月挂网价中的最低价。

  4、报价表统一按招标目录（附件1）要求内容填报齐全。报价表中的招标规格型号、生产厂家、商品代码等信息只作为投标参考，投标人可投自认为可替代的产品，保证该包产品填报齐全，但如果评审专家或使用者认为不能替代的，该包投标将做废标处理；如有产品未填报齐全或填报产品超出招标范围，该包投标做废标处理；同一厂家、同一功能完全相同产品，只是长短、大小、型号规格和商品代码等不一样的产品，应以同一功能产品报价。

  5、医用耗材投标名称及规格型号按注册证规范填写；属四川医保公共服务药品和医用耗材招采管理系统平台的应从挂网产品中选择报价并填写商品代码，填报非挂网产品的该包投标做废标处理；凡可收费的医用耗材必须具有并填写国家医保医用耗材编码及商品代码，否则该包投标做废标处理。

  6、报价表为excel表格，不得修改表中计算公式，否则按无效投标文件处理。但投标人可将不参与投标的包删除，只保留参与投标的包。

**十二、商务要求（实质性要求）**

1、提供售后服务承诺，至少应包括质量保证（含质保期）、交货周期、培训方案和备用预案等。

2、合同有效期三年。在合同期间，如果产品执行国家带量采购或国家、省、市等其它政策性采购情况，以其相关政策性采购文件要求为准，此合同相应产品应当停止供货，终止双方签订的合同；合同期间，如果产品在四川医保公共服务药品和医用耗材招采管理系统平台价格已下降，供货价应不高于现供货价和系统平台下降后的价格两者中最低单价。每年底对供应商合同执行、廉洁购销、诚信经营等情况进行考核，考核结果为不合格等次的将取消其供货资格，终止双方签订的合同。

3、供应商应保证产品质量合格，包装标识清晰符合要求，并负责对产品进行使用培训，如因产品质量和使用培训不到位造成医疗纠纷或医疗事故由供应商承担一切责任并赔偿相应损失。

4、严格按招标结果和计划数量供货，不得随意改供其它生产企业的产品、规格型号及数量，否则将拒绝验收入库并记入不诚信履约考核。

5、药品和医用耗材招采管理系统平台品种，医院将按相关规定如实上报采购信息，供应商应承诺并及时上网确认，确保医院集中采购工作顺利进行。否则将记入不诚信履约考核。

6、同一功能产品供货价只有一个，中标后，不要以不同型号规格、不同商品代码为借口要求另行议价，否则取消其中标资格。

7、交货时间为接采购通知15日内，由供应商负责送货至医院指定地点，并承担一切运输费用，包括到医院指定地点的搬运费。

8、送货时严格执行相关规定，有货物资质证照、随货同行清单、发票、批次检验报告等文件。进口产品还需报关单和检验检疫合格报告；随货同行清单要注明产品名称、规格、商品代码（四川医保公共服务药品和医用耗材招采管理系统上查询）、数量、单价、金额、生产企业、产品注册证号、批次、有效期、国家医保医用耗材编码及商品代码等信息，并加盖供应商鲜章。

9、供应商应定期到医院核查报备的资质材料是否齐全及过期失效，如因此导致的行政处罚、损失、货物不能入库及付款等后果由供应商承担。

10、高值医用耗材实行 “零”库存、寄销制。由供应商存放一定数量的货物在医院库房，保证临床正常使用，双方定期核对使用数量再开票付款。供应商须定期或不定期到医院核查寄存在医院库房的高值医用耗材品规、数量是否齐全，是否能满足临床使用，是否存在过期失效的风险等，如果发生三次以上（含第三次）因货物库存不能保证临床正常使用，将取消供货资格，终止双方签订的合同；如果供应商不到医院核查寄存货物导致过期失效等，一切损失由供应商自行承担。

11、医院医用耗材实行条码管理后，供应商应按照医院编码规则打印好条码并粘贴在货物外包装上扫码入库，如因此导致货物不能入库使用，由供应商自行承担相应责任及损失。

12、按国家医保政策，凡未取得国家医保医用耗材编码的视同无收费依据。对于可收费的介入耗材，供应商在选择报价产品时应选择具有国家医保医用耗材编码的产品，否则对不能完成医保对码的将取消其中标资格。

13、货物验收合格后，按医院财务制度支付货款。

**十****三、评标细则及标准**

1、评标方法：综合评分法，以报价、服务、商务等综合评分。

**综合评分明细表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **评分因素** | **分值** | **评分标准** |
| 价格 | 60分 | 1. 报价得分由所投包的预估年用量总价计算，共计60分； 2. 满足投标文件要求，且投标报价预估年用量总价最低的投标人的投标报价作为评标基准价； 3. 投标报价得分=(评标基准价／投标报价)×60分。 |
| 信誉 | 1分 | 1、投标人具有有效ISO9001质量管理体系认证的或具有有效ISO13485医疗器械质量服务认证的或具有有效ISO14001环境管理体系认证的，有一项加0.5分，最多1分。  注：提供认证证书复印件。 |
| 类似项目业绩表 | 3分 | 近五年来，对投标人医用耗材配送的医院数量进行评比：每具有一家三级综合性医院配送业绩得0.5分，最多得3分。（同一医院只能算一次）注：提供相关配送合同或中标通知书或供货发票等复印件并加盖投标人公章（鲜章），否则不予认定。 |
| 人员配置 | 2分 | 对投标人针对本项目的人员配置方案在服务人员配置的合理性、人员组织架构的科学性、配送人员值班及调配管理措施的针对性、配送流程及管理制度的高效性、配送保障措施的可行性等方面进行评分，每有一项不合理或缺一项的扣0.5分，扣完为止；不扣的得2分。 |
| 物流供应链管理方案 | 2分 | 对投标人针对本项目的物流供应链管理配套方案（供应链管理：以中央集中化与外包方式，按终端实际应用单位，将耗材、试剂或其他医疗用品及时提供至终端使用场所，从而减轻诊疗现场库存管理业务量及库存周转环节，实现诊疗单位医疗用品的一元化、精细化、效率化管理，以最终保证医院耗材零库存管理目标）在可行性、保障性、高效性、科学性等方面进行评分，每有一项不合理或缺一项的扣0.5分，扣完为止；不扣的得2分。 |
| 服务方案 | 20分 | 1、投标人针对本项目临床需求，提供合理的专业技术性支持方案的（包括远程、现场等技术指导），按可操作性以5分、4分、3分、2分的档次评分；  2、对投标人针对本项目的信息化管理手段在医用耗材配送服务的针对性、管理的实用性、操作使用的便捷性等方面（例如：配合医院耗材条码管理）进行评分，按5分、4分、3分、2分、1分的档次评分；  3、对投标人针对本项目的应急预案在应急组织管理指挥措施的高效性、应急配送流程的及时性、应急备货供应保障方案的全面性、应急队伍保障的针对性、运输车辆及交通安全的保障性，异常天气应对措施的可行性等方面进行评分，有合理方案的得2分，未提供或不合理的得0分；  4、对投标人针对本项目的培训方案在培训目标的针对性、培训内容的全面性、培训对象的广泛性、培训效果的保障性等方面进行评分。有一项合理的培训处施得2分，最多得8分。 |
| 增值服务 | 4分 | 投标人针对招标人每提供一项切实可行且有益的增值服务的，得0.5分，最多得4分。 |
| 耗材集采带量服务 | 6分 | 根据响应供应商所提供的有针对的服务方案： 1、商业贿赂防控处施； 2、配合采购人实施集中采购方案；3、配合采购人落实国家带量采购政策。有一项合理方案的得2分，最多得6分。 |
| 投标文件的  规范性 | 2分 | 投标文件制作规范，有明确的条目、页码等，条理清晰。没有细微偏差情形的得2分；有一项细微偏差扣0.5分，直至该项分值扣完为止。 |
| 注：本表中要求提供的复印件均需加盖投标人公章（鲜章），否则不予认定，在评审时将不予给分。 | | |

2、评标步骤

（1）资格审查：本项目供应商的资格条件（招标文件第五条所列内容）在评审时进行审查。供应商应在投标文件中按招标文件的要求附上所有的资格证明文件，要求提供的复印件必须加盖单位鲜章，并按顺序装订。若提供的资格证明文件不全或不实，将导致其参与本次招标活动的资格被取消。

（2）符合性审查：对招标文件中实质性要求进行审查，有一条不满足将导致其投标文件作废。

（3）评审：按综合评分法进行综合评分，详见“评标细则及标准”。

**十四、信息公告：**有关本次招标项目的一切信息（包括公告、公示、更正等）都将在大竹县人民医院官网（https://www.scdz120.com）上发布，视为已将所有信息（包括公告、公示、更正等）书面通知所有按规定获取（下载）招标文件的供应商。供应商应自行上网查阅相关信息，若供应商未及时查看相关信息造成的一切责任和后果，由供应商自行承担。

**十五、联系方式：**

   单位名称：大竹县人民医院

   地   址：四川省大竹县白塔街道青年路99号

  承办采购科室：医学装备科 联系电话：0818-6096135

监督联系科室：纪检监察室 联系电话：0818-6096104

  大竹县人民医院

                            2023年9月15日

**投标文件**

**项目名称 ：**

**投标人名称：**

**招 标 编号：**

**包 号：**

**授权代表人姓名：**

**授权代表人电话：**

**年 月 日**

**目 录**

1. **承诺函**

1、详见附件2

**二、供应商资格证明材料**

招标文件第五条规定的资格、资质性及其他具有类似效力要求的相关证明材料（招标文件第五条投标人资格条件：第2-8点顺序）

1、加载统一社会信用代码的企业法人营业执照

2、法定代表人证明书和法定代表人授权书（法人身份证复印件和授权代表身份证复印件）

3、医疗器械经营企业许可证或备案凭证复印件

4、所投产品的医疗器械注册证或备案凭证复印件

5、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（详见附件商业信誉承诺书、健全的财务会计制度承诺书）；

6、具有履行合同所必须的设备和专业技术能力（详见承诺书）

7、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（详见承诺书）；

8、参加本次招标活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录（没有重大违法记录的书面声明）；

9、供应商在四川医保公共服务已完成备案登记并获取医用耗材配送资格的经营企业（截屏“药品和医用耗材招采管理系统的配送关系确认页面，该页面有显示厂家给到配送商配送的区域”，注意：截屏界面要有公司名全称）；

10、所投产品厂家或总代理授权书（格式可自拟）；

11、其它资格条件或佐证资料（格式自拟）；

三、**商务部分**

1、投标函

2、供应商廉政承诺书

3、无行贿犯罪记录的承诺函

4、投标人基本情况表

5、投标人本项目管理、技术、服务人员情况表

6、商务应答表（按招标文件商务要求应答）

7、投标人认为应该提供的其它材料（格式自拟）

**四、报价部分**

1、详见附件1

**五、技术及服务部分**

1、信誉相关佐证资料（需提供认证证书复印件）

2、类似项目业绩表（需提供相关配送合同或中标通知书或供货发票等佐证资料）；

3、技术及服务方案应答表（服务方案应答）格式可自拟：

3.1人员配送服务方案；

3.2物流服务供应链管理方案；

3.3服务方案；

3.4增值服务方案；

3.5耗材集采带量服务方案

4、验收标准和验收方法

5、投标人认为应该提供的其它材料

**六、其它**

附件2：

**承诺函**

\_大竹县人民医院\_（采购人）：

我公司作为本次采购项目的供应商，根据采购文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条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）参加本次采购活动前三年内，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）根据采购项目提出的特殊条件。

二、完全接受和满足本项目采购文件中规定的实质性要求，如对采购文件有异议，已经在递交投标文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对采购文件有异议的同时又参加投标以求侥幸中标或者为实现其他非法目的的行为。

三、在参加本次采购活动中，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他供应商参与同一合同项下的采购活动的行为。

四、在参加本次采购活动中，不存在和其他供应商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，将在投标文件中全面如实反映。

六、投标文件中提供的任何资料和技术、服务、商务等投标承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

七、如本项目招标采购过程中需要提供样品，则我公司提供的样品即为中标后将要提供的中标产品，我公司对提供样品的性能和质量负责，因样品存在缺陷或者不符合采购文件要求导致未能中标的，我公司愿意承担相应不利后果。

**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中标的法律责任。**

供应商名称：（盖章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日期:

**法定代表人/单位负责人证明书**

投标单位名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名：性别：年龄：职务：

系（申请人名称）的法定代表人/单位负责人。

特此证明。

投标人名称：（加盖单位公章） 。

日 期：年月日。

注：1、投标人为法人单位时提供“法定代表人证明书”，投标人为其他组织时提供“单位负责人证明书”。

2、法定代表人/单位负责人直接参与投标并签署投标文件时才须提供；

3、应附法定代表人/单位负责人身份证（正反面）复印件；（提供身份证有困难的，也可提供户口本或军官证或护照等身份证明材料）

**法定代表人/单位负责人授权书**

**大竹县人民医院：**

本授权声明：（投标人名称）的 （法定代表人/单位负责人姓名、职务）授权（代理人姓名、职务）为我方 “” 招标采购项目（招标编号：）投标活动的合法代表（代理人），以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人/单位负责人签字或者加盖个人名章：。

授权代表（代理人）签字或加盖个人名章：。

投标人名称：（加盖单位公章） 。

日 期：年月日。

注：

1、非法定代表人/单位负责人直接参与投标并签署投标文件时才提供；

2、应附法定代表人/单位负责人和代理人的身份证（正反面）复印件；（提供身份证有困难的，也可提供户口本或军官证或护照等身份证明材料）

3、投标人为法人单位时提供“法定代表人授权书”，投标人为其他组织时提供“单位负责人授权书”。

**商业信誉承诺书**

大竹县人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有良好的商业信誉。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本承诺书。

**健全的财务会计制度承诺书**

大竹县人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）在参加本次采购活动前具有健全的财务会计制度。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本承诺书。

**具有履行合同所必须的设备和专业技术能力的承诺书**

大竹县人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）具有参加本次采购活动，履行采购合同所必须的设备和专业技术能力。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，由投标的全权代表方做出承诺。

**具有依法缴纳税收和社会保障资金良好记录的承诺书**

大竹县人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

（供应商名称）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

本单位（个人）对上述承诺的内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：若属于联合体投标的，能够提供证明材料的联合体方应按招标文件要求提供，对提供证明材料困难的其他联合体方应作出此承诺。

**没有重大违法记录的书面声明**

大竹县人民医院：

（供应商名称）郑重声明：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录（即因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚的行为）。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

备注：1. 参照《四川省财政厅关于印发〈关于贯彻落实<中华人民共和国政府采购法实施条例>的若干规定〉的通知》（川财采[2015]37号）的规定，采购项目所属行业行政主管部门对较大数额罚款金额标准未明文规定的，应当以四川省人民政府规定的行政处罚罚款听证标准金额为准（《四川省行政处罚听证程序暂行规定》第三条：“本规定所称较大数额的罚款，是指对非经营活动中违法行为处以1000元以上，对经营活动中的违法行为处以20000元以上罚款”）。

2.若属于联合体投标的，联合体的各方都要单独出具本声明。

**制造商家或总代理商授权书（如涉及）**

大竹县人民医院：

（制造商家或代理商名称）是在 .（国名）依法登记注册的，其厂址现在。

（被授权公司名称）是在.

（国名）依法登记注册的，其主要营业地点现在。

（制造商家或代理商名称）授权 （被授权公司名称）为我方制造或代理的品牌产品的合法销售商（授权销售的产品可附清单），全权处理与该产品投标的有关事宜，并对我方具有约束力。

作为制造商或代理商，我方承诺，为本次招标提供的货物为原厂制造、合法渠道供应的全新产品。我方保证以投标合作者来约束自己，并对该投标共同承担和分别承担招标文件中所规定的义务。

授权期限：

授权单位名称：（盖公章）

日期：

注：1、供应商也可提供制造商家或代理商自有的授权格式文件，但授权文件中必须明确：制造商或代理商和被授权单位的名称及登记注册地、参加投标的授权销售产品、授权日期、授权单位的公章。制造厂家可以是派出机构。若由代理商授权的，须同时提供制造厂家授权代理商的授权文件复印件。

2、制造商家或代理商授权书根据采购项目要求提供，没有要求的不需要提供。

**投标函**

大竹县人民医院：

我方全面研究了“大竹县人民医院**介入耗材采购项目**”项目（招标编号： ）招标文件，决定参加贵单位组织的本项目投标。我方授权（姓名、职务）代表我方（投标单位的名称）全权处理本项目投标的有关事宜。

一、我方自愿按照招标文件规定的各项要求向招标人提供所需服务，并按照我单位针对本项目提供的“附件1” 表中所报的价格执行。

二、一旦我方中标，我方将严格履行采购合同规定的责任和义务。

三、我方为本项目提交投标文件正本壹份，电子文档壹份。

四、我方同意本次招标投标有效期的相关要求，且承诺投标有效期按医院要求的投标截止时间执行。

投标人名称：（加盖单位公章） 。

法定代表人/单位负责人或代理人（签字或加盖个人名章）：。

通讯地址：

联系电话：

传 真：

日 期： 年 月 日。

**供应商廉政承诺书**

本企业参与“项目名称 ”编号：项目的投标，现郑重承诺：

一、不以任何方式向项目招标采购人员、审批人员、监管及行业主管人员以及评标专家等行贿。

二、不以任何方式托人打招呼、求关照，搞利益结盟，腐蚀党和国家机关工作人员。

以上承诺如有违反，请严肃处理，欢迎监督举报！

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**无行贿犯罪记录的承诺函**

大竹县人民医院：

（供应商名称）在参加本次采购活动前3年内公司及法定代表人（非法人负责人、自然人本人）在前3年内无行贿犯罪记录。

本单位（个人）对上述声明内容事项真实性负责，如有虚假，由我单位（个人）承担相关法律责任。

特此声明。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

**投标人基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投标人名称 |  | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | 邮政编码 |  | | |
| 联系方式 | 联系人 |  | | 电话 |  | | |
| 传真 |  | | 网址 |  | | |
| 组织结构 |  | | | | | | |
| 法定代表人/单位负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 电话 | |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 电话 | |  |
| 成立时间 |  | | 员工总人数： | | | | |
| 企业资质等级 |  | | 其中 | 项目经理 | |  | |
| 营业执照号 |  | | 高级职称人员 | |  | |
| 注册资金 |  | | 中级职称人员 | |  | |
| 开户银行 |  | | 初级职称人员 | |  | |
| 账号 |  | | 技工 | |  | |
| 经营范围 |  | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

投标人名称：（加盖单位公章） 。

法定代表人/单位负责人或代理人（签字或加盖个人名章）：。

日 期：年月日。

**投标人本项目管理、技术、服务人员情况表**

招标编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 职务 | 姓名 | 职称 | 常住地 | 资格证明（附复印件） | | | |
| 证书  名称 | 级别 | 证号 | 专业 |
| 管理  人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 技术  人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 售后服务人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

投标人名称：（加盖单位公章） 。

法定代表人/单位负责人或代理人（签字或加盖个人名章）：。

日 期：年月日。

**商务应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 商务要求 | 投标应答 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1、投标人对招标文件“商务要求”应答，如有偏离的，需将内容列入此表。

2、投标人必须据实填写，不得虚假填写，否则将取消其投标或中标资格。

投标人名称：（加盖单位公章） 。

法定代表人/单位负责人或代理人（签字或加盖个人名章）：。

日 期： 年 月 日。

**类似项目业绩一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年份 | 用户名称 | 项目名称 | 完成时间 | 合同金额 | 是否通过验收 | | 备注 |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |

注：以上业绩需提供招标文件十三**、**评标细则及标准的《综合评分明细表》要求的有关书面证明材料。

投标人名称：（加盖单位公章） 。

法定代表人/单位负责人或代理人（签字或加盖个人名章）：。

日 期： 年 月 日。

**技术及服务方案应答表**

招标编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **条目号或名称** | **招标文件要求** | **投标应答** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1、 投标人若对招标文件十三、评标细则及标准中“服务方案要求”有偏离的，需将内容列入此表。

2、投标人在应答时，如果以上表格中“投标应答”所对应的空格不够填写的，投标人可在表格外拟定应答内容，但必须在“备注”中注明投标文件对应页码。投标人没有备注页码或备注页码错误所导致的一切责任与后果由投标人自行承担。

3、投标人必须据实填写，不得虚假填写，否则将取消其投标或中标资格。

4、此表“技术及服务方案应答表”也可格式自拟，但服务方案应答要完整、规范、准确，否则，所导致的一切责任与后果由投标人自行承担。

投标人名称：（加盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或代理人（签字或加盖个人名章）：。

日 期： 年 月 日。

**投标人和投标产品资格、资质性及其他类似效力**

**要求的相关证明材料**

注：投标人应严格按招标文件相关要求提供相关证明材料，有格式要求的从其要求，无格式要求的格式自拟。