## 一、承诺函

攀枝花市第三人民医院：

我公司作为参加本次采购活动的供应商，根据采购文件的要求，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，如对本次采购文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对本次采购文件有异议的同时又参加本次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、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我公司带来优惠、好处的任何资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

七、如本次采购活动采购过程中需要提供样品，则我公司提供的样品即为成交后将要提供的成交产品，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成交的，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成交的法律责任。

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

## 二、法定代表人（或主要负责人）身份证明

攀枝花市第三人民医院：

兹证明： （姓名） 系 （供应商名称全称） 的 （选填：法定代表人或主要负责人），为我方参加“（采购项目名称）”（项目编号： ）第 包采购活动的合法代表，以我方名义全权处理参加本次采购活动有关开标、评审、澄清、报价、签订合同以及执行合同等一切事宜。

法定代表人（或主要负责人）姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

**附：附法定代表人（或主要负责人）身份证复印件（包括正反两面）**

注：1、法定代表人（或主要负责人）亲自投标而不委托授权代表投标适用。

2、“第 包”处，有分包号的，填写参与投标项目所有分包号，无分包的填写“/”

## 三、法定代表人（或主要负责人）授权书

攀枝花市第三人民医院：

本授权声明：（供应商名称全称）, （姓名） 授权 （被授权人姓名）为我方参加 （采购项目名称） （项目编号： ）第 包采购活动的合法代表，以我方名义全权处理参加本次采购活动有关开标、评审、澄清、报价、签订合同以及执行合同等一切事宜。

法定代表人（或主要负责人）姓名： （填写）

授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

**附：法定代表人（或主要负责人）和授权代表身份证复印件(包括正反两面)**

注：1、法定代表人（或主要负责人）不参与投标，委托授权代表投标适用。

 2、“第 包”处，有分包号的，填写参与投标项目所有分包号，无分包的填写“/”。

## 四、声明函

攀枝花市第三人民医院：

本公司作为参加本次采购项目的供应商，郑重声明：

1、在参与本次同一合同项下的采购活动中，不存在与其他供应商的单位负责人为同一人或者与其他供应商存在直接控股、管理关系的行为；

2、在参加本次采购活动前，未被纳入法院、工商行政管理部门、税务部门、银行认定的失信名单内；

3、在参加本次采购活动前三年内的采购合同履约过程中及其他经营活动履约过程中，无未依法履约被有关部门处罚（处理）的行为；

4、在参加采购活动前一年内无《四川省政府采购当事人诚信管理办法》第八条之规定的失信行为。

本公司对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

## 五、参加本项目采购活动的供应商单位及其现任法定代表人（或主要负责人）在参加本项目前3年内没有行贿犯罪记录的承诺函

攀枝花市第三人民医院：

本公司 参加名称： ，项目编号： 的采购活动，现承诺我公司 （选填：法定代表人或主要负责人） ： （姓名） （身份证号码： ）在截止到本项目招标（采购）公告发布之日前的最近36个月内没有行贿犯罪记录。

若我方作出虚假承诺，将依法承担相应责任。

特此承诺

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

## 六、分支机构参与采购项目承诺函

攀枝花市第三人民医院：

 （供应商名称全称） 作为具有独立承担民事责任的能力的 的分支机构，行业为： 。符合不具有独立承担民事责任能力，但允许参加采购项目的特殊情况。

在 （项目名称）（项目编号： ） 采购文件明确的递交响应文件截止时间前，我公司已获得具有独立承担民事责任的能力的 授权参与本采购项目，我公司在参与本采购过程中所产生的一切法律问题，由具有独立承担民事责任的能力的 承担。

特此承诺。

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

## 七、商务、服务应答表

项目名称：

项目编号：

第 包

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 包号 | 采购文件要求 | 响应文件响应 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1、供应商必须据实填写，不得虚假响应，虚假响应的，其响应文件无效并按规定追究其相关责任。

2、若采购项目有分包的，该表应分包填写，且在“第 包”处填写包号，无分包的“第 包”处可不填写或填写“/”。

3、该表可自行添加行。

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

注：供应商必须按实填写，并载入资质文件

## 八、供应商基本情况表

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商名称 |  |
| 注册地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 传真 |  | 网址 |  |
| 组织结构 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 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 |  |

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

注：供应商必须按实填写，并载入资质文件

## 九、中小企业声明函（货物）

**（本项目专门面向中小微企业采购，供应商为非中小微企业的或自我认定不属于的，不提供此声明函）**

本公司郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46 号）的规定，本公司（联合体）参加 （单位名称） 的 （项目名称） 采购活动，提供的货物全部由符合政策要求的中小企业制造。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. （标的名称） ，属于 制造业 行业；制造商为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

2. （标的名称） ，属于 制造业 行业；制造商为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

## 十、监狱企业证明

**（若本项目专门面向中小微企业采购，供应商为非中小企业的或自我认定不属于的，不提供此证明）**

本公司郑重声明，根据《政府采购支持监狱企业发展有关问题的通知》（财库〔2014〕68号）的规定，本公司为 监狱 企业，即，本公司同时满足以下条件：

1.根据《政府采购支持监狱企业发展有关问题的通知》（财库〔2014〕68号）规定的划分标准，本公司为 监狱 企业。

2.本公司参加\_ （填写采购人名称） \_单位的（填写项目名称）（项目编号： ）\_的采购活动提供本企业制造的货物及服务，由本企业承担工程、提供服务，或者提供其他\_ 监狱\_ 企业制造的货物。本条所称货物不包括使用大型企业注册商标的货物。

本公司对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

附件：省级以上监狱管理局、戒毒管理局(含新疆生产建设兵团)出具的属于监狱企业的证明文件

备注：

1、供应商符合《政府采购支持监狱企业发展有关问题的通知》（财库〔2014〕68号）规定的划分标准为监狱企业适用。

2、在采购活动中，监狱企业视同小型、微型企业，享受预留份额、评审中价格扣除等采购促进中小企业发展的采购政策。

3、供应商为监狱企业提供此证明的须同时将省级以上监狱管理局、戒毒管理局(含新疆生产建设兵团)出具的属于监狱企业的证明文件作为此证明的附件，否则此证明不予认可。

4、监狱企业自行填写该声明函。

## 十一、残疾人福利性单位声明函

**（本项目专门面向中小企业采购，供应商为非中小企业的或自我认定不属于的，不提供此声明函）**

本单位郑重声明，根据《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》（财库〔2017〕141号）的规定，本单位为符合条件的残疾人福利性单位，且本单位参加\_（填写采购人名称）\_单位的（填写项目名称）（项目编号： ）政府采购活动活动提供本单位制造的货物（由本单位承担工程/提供服务），或者提供其他残疾人福利性单位制造的货物（不包括使用非残疾人福利性单位注册商标的货物）。

本单位对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

法定代表人（或主要负责人）或授权代表姓名： （填写）

供应商名称全称： （盖供应商公章）

日 期： 年 月 日

备注：

1、残疾人福利性单位视同小型、微型企业，享受预留份额、评审中价格扣除等促进中小企业发展的政府采购政策。残疾人福利性单位属于小型、微型企业的，不重复享受政策。

2、残疾人福利性单位自行填写该声明函。