## 反馈意见书

项目名称：淮南市妇幼保健况医疗设备更新采购项目

产品名称：

响 应 单 位（公章）：

日 期 ：

## 目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **页码** |
| 1 | 征集响应函 |  |
| 2 | 法定代表人授权书 |  |
| 3 | 供应商资格证明文件 |  |
| 4 | 其他证明文件（如有） |  |
| 5 | 反馈资料 |  |

## 一、征集响应函

（响应供应商名称）系中华人民共和国合法企业，我方就参加本次征集响应有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受本次征集公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三**、我方承诺，无论是征集，还是日后本批次项目采购、与医院有业务往来，所有设备、器械等价格不高于安徽省内其他同级别医院购置价格。耗材试剂等价格不高于安徽省耗材试剂网采平台的最高限价。**

四、我方承诺，以后的采购价格不高于此次征集响应报价，设备性能参数、配置、维保服务不低于此次征集响应。

五、与本次征集相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

## 二、法定代表人授权书（非法人代表参与投标时提供）

致:采购人 （响应供应商法定代表人姓名及身份证号）为 （响应供应商名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证号）代表我单位全权办理上述项目的设备征集、响应等具体工作，并签署全部有关文件、提供资料、参与对接。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**  粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

## 三、响应供应商资格证明文件

1.响应供应商具有独立法人资格，具有有效的企业法人营业执照；

2.所响应产品须具有医疗器械注册证（所投产品属于二类或三类时）或备案凭证（所投产品属于一类）或备案登记表截图（所投产品属于一类），进口产品除外；

3.（1）若制造商参与须提供医疗器械生产企业许可证（所投产品属于二类或三类时）或备案凭证（所投产品属于一类）或备案登记表截图（所投产品属于一类），进口产品除外；

（2）若代理商参与须提供医疗器械经营企业许可证（所投产品属于三类时）或备案凭证（所投产品属于二类）或备案登记截图（所投产品属于二类）；

4.信誉要求：

（1）提供响应供应商未被最高人民法院在“中国执行信息公开网”列入失信被执行人（提供供应商在“中国执行信息公开网”（http://zxgk.court.gov.cn/shixin/）网站内的查询截图）或承诺函。

4.2提供响应供应商未被国家税务总局列入“重大税收违法案件当事人”名单（截图可提供“国家税务总局”官方网站-“纳税服务”-“重大税收违法案件查询”的网页查询截图或者提供“信用中国”-“信用服务”-“重大税收违法案件查询”）的网页查询截图或承诺函；

4.3提供响应供应商未被国家市场监督管理部门在国家企业信用信息公示系统（www.gsxt.gov.cn）中列入严重违法失信企业名单。（提供供应商在国家企业信用信息公示系统网页查询截图，严重违法失信一栏中无不良记录）或承诺函。

注：上述证明材料附后。

## 四、其他证明文件（如有）

## 五、反馈资料

淮南市妇幼保健院：

我公司报名参与贵单位 淮南市妇幼保健况医疗设备更新采购项目 征集响应，我公司已了解该全部征集内容，并对该项目需求进行响应，决定以 总金额 元的价格响应本次采购，详见附件。

供应商名称（盖章）：

联系人及联系电话：

**清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **淮南市妇幼保健况医疗设备更新采购需求清单** | | | | |
| **采购内容** | **产品名称** | **数量** | **单价** | **合价** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **总价（上述所有内容之和）** |  | | | |

**参数附后：**