# **遴选响应文件格式**

 **（项目名称）**

**遴选响应文件**

**供应商：** **（盖单位公章）**

**法定代表人或其委托代理人：** **（签字或盖章）**

**日 期：** **年** **月** **日**

目 录

遴选响应文件 1

一、云南省滇南中心医院（红河哈尼族彝族自治州第一人民医院） 3

二、云南省滇南中心医院（红河哈尼族彝族自治州第一人民医院） 4

三、法定代表人身份证明书 5

四、授权委托书 6

五、营业执照及其他资质文件 7

六、 产品性能、质量、质保及售后服务承诺 8

八、物资购销廉洁承诺书 11

九、防止利益冲突有关情况报告表 12

**一、云南省滇南中心医院（红河哈尼族彝族自治州第一人民医院）**

**营养制剂首次报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **生产厂家** | **注册证号** | **规格、型号** | **单位** | **报价（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

供应商： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系电话： 年 月 日

**二、云南省滇南中心医院（红河哈尼族彝族自治州第一人民医院）**

**营养制剂最终报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **生产厂家** | **注册证号** | **规格、型号** | **单位** | **报价（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

供应商： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系电话： 年 月 日

**三、法定代表人身份证明书**

供应商名称：

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 （供应商名称） 的法定代表人。

特此证明

供应商： （盖单位公章）

日 期： 年 月 日

**附：法定代表人身份证复印件如下**

身份证人像面复印件

身份证国徽面复印件

**四、授权委托书**

本人 （姓名） 系 （供应商名称） 的法定代表人，现授权委托 （姓名） 为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 （项目名称） 遴选响应文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：90天

代理人无转委托权。

供应商： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

日 期： 年 月 日

**附：授权委托代理人身份证复印件如下**

身份证人像面复印件

身份证国徽面复印件

**五、营业执照及其他资质文件**

**（①营业执照；②食品经营许可；③食品生产企业许可证；④产品注册证等）**

1. **产品介绍资料**

**（产品营养成分、配料表、口感、售后服务、彩页等）**

**七、云南省滇南中心医院（红河哈尼族彝族自治州第一人民医院）营养制剂采购价格依据对照表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 医院名称1 | 供货价格 | 医院名称2 | 供货价格 | 医院名称3 | 供货价格 | 医保指导价 | 阳光采购平台省内参考价 | 阳光采购平台省外参考价 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **承诺：我公司承诺以上价格数据均属实，如与事实不符，我公司资源取消所有产品供货资格，并自行承担相应责任。** |

供应商： （盖单位公章）

**八、物资购销廉洁承诺书**

## 云南省滇南中心医院(红河哈尼族彝族自治州第一人民医院)

## 物资购销廉洁承诺书

为进一步加强医疗卫生行风建设，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我单位承诺：

1、不暗中给予甲方回扣，不提出和赠送有价证券、现金、信用卡、购物卡、宴请、餐票、娱乐、无偿资助、礼品等行为。

2、不以节假日等为名向甲方所有或部分工作人提供节日慰问品，不为甲方提供水果、土特产、食物、食品等物品。

3、洽谈业务在工作时间到甲方办公地联系商谈；不借故到甲方相关工作人员家中访谈或向介绍人提供任何好处费；不为甲方人员及其配偶、子女及其他亲属提供各种无偿服务，报销应由其个人承担的费用。

4、在销售活动中，自觉遵守国家和地方的有关法律、法规、严格执行合同条款，所提供的一切材料真实、有效、合法，不以次充好，不降低产品质量，做到诚信经营。

5、遵守商业道德，友好合作，杜绝弄虚作假，商业欺诈，商业贿赂等不道德和非法行为，规范合同行为，诚实守约，严格履行合同，决不利用非法手段谋取利益，公平公正处理业务。

6、不与其他供应商串通遴选，不损害采购人或其他供应商的合法权益。不扰乱采购活动正常秩序。不进行虚假恶意投诉。如有违反政府采购法律、法规、规章被查处的，不干预案件查处。

7、不与采购人或采购代理机构串通遴选，损害国家利益、社会公共利益或者他人的合法权益。

9、如出现上述行为，本单位自愿承担相关责任，接受政府采购监督管理部门、纪检监察部门或司法机关调查处理。采购人有权终止购销合同、列入失信行为记录，给采购人造成损失的，依法承担赔偿责任。

供应商：　　　 　　　　　　 （盖单位章）

法定代表人（负责人）：　　　 　　　　 （签字或盖章）

日期：　 年　 　 月　 　 日

**九、防止利益冲突有关情况报告表**

云南省滇南中心医院（红河州第一人民医院）防止利益冲突有关情况报告表

报 告 人：

单 位：

职 务：

报告日期：

说 明

1.本表由报告人亲笔填写，并在封面上签名，填写不下可附页。

2.表格中有“☐”的为选择栏，请根据实际情况在对应情况的框栏内划“√”。

报告人基本情况

☐医院职工 ☐企业人员

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **单位** |  | **职务** |  |

1.配偶、子女及其配偶、直系亲属注册从事医药行业营利性活动的个体工商户、个人独资其企业或者合伙企业情况。

 ☐有此类情况 ☐无此类情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **称谓** | **姓名** | **企业名称** | **经营范围** | **企业性质** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：企业性质填写个体工商户、个人独资企业、合伙企业。

2.配偶、子女及其配偶、直系亲属在企业兼职或工作情况。

 ☐有此类情况 ☐无此类情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **称谓** | **姓名** | **企业名称** | **经营范围** | **职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

3.配偶、子女及其配偶、直系亲属在医院兼职或工作情况。

 ☐有此类情况 ☐无此类情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **称谓** | **姓名** | **科室** | **职务** | **职称** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

4.个人认为需要报告的其他情况。

|  |
| --- |
|  |