**附件：**

**中山市黄圃人民医院急性透析和体外血液治疗机强制检定项目市场调研响应文件**

**项目名称：****中山市黄圃人民医院急性透析和体外血液治疗机强制检定项目**

**供应商名称：**

**日 期： 年 月 日**

**联系人：**

**联系电话：**

**联系邮箱：**

**市场调研响应文件目录**

1、资格性文件

2、报价清单

3、法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书

4、业绩证明（如有，提供近三年同类项目业绩，需提供合同关键页复印件加盖供应商公章，合同关键页包括采购内容/采购清单、签约日期、双方盖章）

5、服务方案

6、其他材料（如有）

1. **资格性文件：**
2. 提供有效的**营业执照副本**复印件并加盖供应商公章；
3. 相应检定资质等相关证件复印件。

**2、报价清单：**

## （一）报价清单

致：中山市黄圃人民医院

对于“中山市黄圃人民医院急性透析和体外血液治疗机强制检定项目”，我方报价：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 总报价（元） |
| 中山市黄圃人民医院急性透析和体外血液治疗机强制检定项目 | 大写：人民币  小写： 元 |

**注：报价货币：人民币，单位：元。**

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**3、法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书：**

**（一）法定代表人/负责人资格证明书**

致：中山市黄圃人民医院

同志，现任我单位 法定代表人 ，特此证明。

本证明书自签发之日起生效。

签发日期： 年 月 日

单位： （加盖公章）

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

联系电话：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

**(为避免市场调研材料作废，请供应商务必提供本附件）**

法定代表人身份证正面复印件或扫描件

法定代表人身份证反面复印件或扫描件

**（二）法定代表人/负责人授权委托书**

致：中山市黄圃人民医院

本授权书声明： （法定代表人姓名） 是 （供应商名称） 的法定代表人，现授权我单位的（被授权人的姓名） 为本公司的全权代理人，就“**中山市黄圃人民医院急性透析和体外血液治疗机强制检定项目**”的市场调研以我方名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于 年 月 日签署生效，特此声明。

授权单位： （加盖公章）

法定代表人： （签字或盖私章）

被授权人： （签字或盖私章）

附：代理人性别： 年龄： 职务： 身份证号码：

联系电话：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

3.**如市场调研资料由法定代表人签署的，则本表不适用**。

被授权代表身份证正面复印件或扫描件

被授权代表身份证反面复印件或扫描件

**4、业绩证明（如有，提供近三年同类项目业绩，需提供合同关键页复印件加盖供应商公章，合同关键页包括采购内容/采购清单、签约日期、双方盖章）**

**5、服务方案**

**6、其他材料（如有）**