浙江大学医学院附属儿童医院

院内自行采购

（货物及服务类）

项目名称：

供应商名称：

日期：2022年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

一、供应商报名登记表

二、供应商通讯地址及联系方式

三、法定代表人授权委托书

四、项目参数响应表

五、无重大违法行为承诺书

六、相关证照

6.1工商营业执照

6.2生产厂家对经销商的授权书（如有）

七、其他资料

7.1产品图片和说明书（如有）

7.2销售业绩

**一、供应商报名登记表**

|  |
| --- |
| **供应商报名登记表** |
| **报名截止时间： 年 月 日★** |
| **采购项目名称★** | **数量** | **报名单位★** | **注册资金（万元）★**  | **法人代表或法人委托人姓名★** | **联系方式****(手机）★** | **电话★** | **备注** |
|
| 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **备注：1.黄色为必填项，其他空置； 2.一个单位报名多个项目可加行。** |

## 二、供应商通讯地址及联系方式

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 三、法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

浙江大学医学院附属儿童医院：

我\_（姓名）系 \_\_（供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工（姓名）以我方的名义参加贵院 （项目名称） 项目的院内自行采购活动，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销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销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职 务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件正反 |  | 被授权人身份证复印件正反 |

## 四、项目参数响应表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 响应情况 | 偏离情况 | 说明 |
| 1 |  |  |  | （此列填写响应内容的具体页码） |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**备注：请逐条对应附件1的项目参数要求填写此表。此表不填或填写为无偏离，视为完全响应采购要求。**

## 五、无重大违法行为承诺书

**无重大违法行为承诺书**

浙江大学医学院附属儿童医院：

我方愿意参加贵方组织的项目采购活动，并就参加本次采购活动有关事项郑重声明如下：

1.我方向贵方提交的所有文件、资料都是准确的和真实的。

2.我方参加本次采购活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录。

3.我方未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

4.以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

 承 诺 单 位（公章）：

 法定代表或其授权人（签字）：

 日 期： 年 月 日

## 六、相关证照

6.1工商营业执照

6.2生产厂家对经销商的授权书（如有）

## 七、其他资料

7.1产品图片和说明书（如有）

7.2销售业绩

提供近三年来供货或服务的所有名单，并附相关合同的复印件（未附合同视为无效名单）。