附件2

自贡市妇幼保健院

工会会员川渝两地文旅年票项目

比选申请书

自贡市妇幼保健院工会

2025年4月

**第一部分 资格性响应文件（格式）**

**附件1－1**

**关于资格的声明函**

致： 自贡市妇幼保健院工会

关于贵方 年 月 日 《自贡市妇幼保健院工会会员川渝两地文旅年票项目》 报价邀请，本签字人愿意参加报价，提供响应文件，本签字人确认响应文件中所有提交的文件和材料是真实的、准确的。

我方在此声明，我方具备并满足下列各项条款的规定。本声明如有虚假或不实之处，我方将失去合格供应商资格。

1.我方具有独立承担民事责任的能力、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力、依法缴纳税收和社会保障资金，参加本次采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录。

2.具有服务商授权委托书（供应商非服务商时适用）。

3.报价有效期：报价后 天。

4.我方愿意提供贵方可能另外要求的，与报价有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

5.我方完全理解采购人不一定接受最低报价或收到的任何报价。

供应商名称：（全称并加盖公章）

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**附件1－2**

**供应商的基本情况**

1. 供应商概况：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | |
| 注册地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | | 电话 |  |
| 组织结构 |  | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | | 电话 |  |
| 项目负责人 | 姓名 |  | | 电话 |  |
| 成立时间 |  | | 注册资金 | |  |
| 企业资质等级 |  | | 开户银行 | |  |
| 营业执照号 |  | | 账号 | |  |
| 员工总人数 |  | |  | |  |
| 经营范围 |  | | | | |
| 备注 |  | | | | |

供应商名称：（全称并加盖公章）

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**附件1－3**

**法定代表人授权书**

致： 自贡市妇幼保健院工会

（供应商全称）法定代表人 授权 （响应代表姓名）为授权代表，代表本公司参加贵单位组织的《自贡市妇幼保健院工会会员川渝两地文旅年票项目》比选活动，全权代表本公司处理响应过程的一切事宜，包括但不限于：响应、参与比选、报价、议价、签约等。响应代表在比选、议价过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司均予以认可并对此承担责任。授权代表无转委托权。

特此授权！本授权书自出具之日起生效。

法定代表人： 性别： 身份证号：

响应代表： 性别： 身份证号：

单位： 部门： 职务：

详细通讯地址： 邮政编码: 电话：

供应商名称：（全称并加盖公章）

法定代表人（签字或盖章）：

日期：

附：法定代表人和被授权人(授权代表)身份证件复印件（复印正反面）。

**附件1－4**

**法人营业执照、税务登记证、组织机构代码证**

致：自贡市妇幼保健院工会

现附上由 （签发机关名称）签发的我方法人营业执照副本复印件，真实有效。

现附上由 （签发机关名称）签发的我方税务登记证副本复印件，真实有效。

现附上由 （签发机关名称）签发的我方组织代码证复印件，真实有效。

（注：法人营业执照副本、税务登记证副本、组织代码证副本等相关证明文件提供加盖印章的复印件，已三证合一的供应商可用新证代替。）

供应商名称：（全称并加盖公章）

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**附件1－5**

**供应商资格声明函**

致： 自贡市妇幼保健院工会

本单位 （单位名称）参加 《自贡市妇幼保健院工会会员川渝两地文旅年票项目》的比选活动，现声明及承诺：

1、具有独立承担民事责任的能力；

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6、未参与本采购项目前期咨询论证，不属于禁止参加本项目比选的供应商。

如违反以上声明和承诺，本单位愿承担一切法律责任。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**附件1－6**

**供应商专业条件证明文件**

（格式不限）

**附件1－7**

**供应商业绩证明文件**

（需提供近三年同类业绩合同复印件）

**第二部分 技术、服务性响应文件（格式）**

## 附件2－1

## 一、报价一览表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 《自贡市妇幼保健院工会会员川渝两地文旅年票项目》 |
| 服务费明细及总金额（每人份） |  |
| 服务期限 | 合同签订之日起至项目实施结束 |
| 备注 |  |

注：

以上表格如不能完全表达清楚供应商认为必要的费用明细，供应商可自行补充。

供应商名称 （盖章）：

法定代表人或授权代表（签字）：

日 期：

**附件2－2**

**三、项目实施方案**

**（格式自拟）**