**附：报名文件模板**

**医用耗材遴选响应单位**

**报名文件**

项目名称： （须与采购公告项目名称保持一致）

项目编号： （须与采购公告项目编号保持一致）

报名单位： （须与公章名称一致并加盖公章）

地 址：

法定代表人：

授权委托人： （如有）

联系电话： （手机） （办公）

邮箱：

日期：2025年 月 日

**备注：**

1.报名文件**每页需盖公章**。

2.报名文件扫描件发送至电子邮箱（**文件命名为：“项目编号+项目名称+报名单位名称+联系人+ 联系方式”）**。

3.报名时需提供**1份电子文档版的** 《深圳市福田区第二人民医院医用耗材遴选响应单位报名登记表》（附件1）**、1份PDF版** 《深圳市福田区第二人民医院医用耗材遴选响应单位报名登记表》（附件1）**、1份PDF版报名文件** （附件2）发送至电子邮箱。

4.**报名资料不清晰将可能导致报名失败，产生的后果由遴选响应单位自行承担。**

5.将**电子文档和PDF扫描件**上传到深圳市福田区第二人民医院医学装备部邮箱(yxzbb@ft2yy.cn)**进行报名**，逾期不受理，后果自负。

（1）遴选响应人须**在遴选公告规定的报名时间内**将报名文件发送至电子邮箱。

（2）报名后，本单位对报名资料进行审核，**审核通过后会通过报名邮箱回复“报名成功”信息。**

（3）为避免因电脑病毒等原因导致邮件被拦截等情况，遴选响应应答**人发邮件后如未收到“报名成功”信息回复，请及时电话咨询和确认，**否则造成逾期报名等后果由遴选响应应答人自行承担。

**温馨提示：建议资料使用彩色复印件或原件扫描件，资料未盖公章、未正确签署、缺项、漏项、扫描件模糊、资料不齐全等未按要求提供的均视为无效报名，产生的后果由遴选响应单位（报名单位）自行承担。**

## 深圳市福田区第二人民医院医用耗材遴选响应单位报名登记表

## （PDF版）

## 一、诚信及信用信息证明

1.响应供应商需提供中国政府采购网（<http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/>）、深圳市政府采购监管网（<http://zfcg.sz.gov.cn/cgjg/cxda/index.html>）的有效截图。

1. 响应供应商需提供国家企业信用信息公示系统（https://www.gsxt.gov.cn/index.html）、

机关赋码和事业单位登记管理网（http://www.gjsy.gov.cn/sydwfrxxcx/）、

全国社会组织信用信息公示平台（https://xxgs.chinanpo.mca.gov.cn/gsxt/newList）的有效截图

## 二、报名企业（供应商）资质

## 1.报名企业《营业执照》彩色扫描件（加盖公章、原件备查）；

报名企业须是在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格或是具有独立承担民事责任的能力的其它组织（提供营业执照或事业单位法人证或其他证明材料）

注：总公司或者分公司只允许一家遴选响应，不允许同时参与本项目遴选响应，以分公司名义参与遴选响应的，须提供总公司或具有独立法人资格的上一级公司出具的愿为其参与本项目遴选响应以及履约等行为承担民事责任的加盖总公司公章的授权函，并提供总公司及分公司的营业执照复印件或扫描件加盖遴选响应方公章，原件备查。

**2.《医疗器械经营许可证》（备案凭证）彩色扫描件（加盖公章、原件备查）；**

## 三、法定代表人证明书、法定代表人授权书

## 1.法定代表人证明书原件、身份证正反面复印件（加盖公章）；

**法定代表人/负责人资格证明书**

致（遴选机构）：

**单位名称（盖公章）**：

地 址：

姓 名： 性别： 年龄：

身份证号码： 职务：

我系 **（公司/企业名称）** 的法定代表人。本证明书用于 **（公司/企业名称）**签署 **（项目名称）、（项目编号）**项目的遴选响应文件、进行合同响应、签署合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

法定代表人签名或盖法人章： 日 期： 年 月 日

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。

**法定代表人二代居民身份证原件正面清晰扫描件 （必须加盖公章）**

**法定代表人二代居民身份证原件反面清晰扫描件 （必须加盖公章）**

**温馨提示：**为避免出现《深圳经济特区政府采购条例实施细则》第七十五条第二项所列情形，请参加遴选供应商核实你单位法定代表人、本项目遴选响应授权代表人(如有）、项目负责人（如有）、主要技术人员（如有）等是否在你公司缴纳社会保险。

## 2.法定代表人社会保险**参保证明**（个人）（加盖公章）

**法定代表人社会保险参保缴费明细表（个人、近期）**

1.需提供法定代表人遴选响应截止前近一个月（由于社保部门原因最近一个月的社保证明无法提供的可往前顺延一个月）的社会保险参保缴费明细表（加盖公章）。

2.退休人员提供国家社会保险公共服务平台查询的电子退休证和聘用合同复印件（加盖公章）。电子退休证查询平台：

国家社会保险公共服务平台 https://si.12333.gov.cn

深圳市社会保险基金管理局 https://hrss.sz.gov.cn/szsi/

3.如新成立公司或退休人员无法提供社会保险参保证明的，应提供加盖公章的说明函（格式自拟），说明相关情况。若因为社保部门原因无法提供的，需提供劳动合同及社保部门官方通知证明(或官网公告截图)。

**3.法定代表人授权书（法定代表人和代理人签字）原件（加盖公章）**

**法定代表人授权书（如有）**

本授权书声明：注册于（公司地址）的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公司名称）的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（法定代表人姓名）代表本公司授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （被授权人姓名、身份证号码）为本公司的唯一合法代理人，就本公司参与的医用耗材（详见报名产品表）在深圳市福田区第二人民医院医用耗材遴选采购进行谈判。并在整个采购活动中，以本公司名义全权处理包括报名、提交文件和产品资质材料，确认谈判相关信息，产品报价、议价，签订医用耗材购销合同，执行和完成采购周期内的售后服务等一切与之有关的事务，并保证所提供的资质证明材料真实、合法、完整。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

授权期限为： 年 月起至本次采购期结束。授权期限内无特殊情况不得变更合法代理人（被授权人）。

法定代表人签字或盖法人章：

代理人（被授权人）签字： 联系电话：

单位名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

说明：1.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

2.授权权限：全权代表本公司参与上述采购项目的遴选响应活动，负责提供与签署确认一切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺。

3.有效期限：与本公司响应文件中标注的遴选响应有效期相同，自本单位盖公章之日起生效。

**4.遴选响应签字代表为法定代表人，则本表不适用。**

**代理人（被授权人）**

**二代居民身份证原件反面清晰扫描件（必须加盖公章）**

**代理人（被授权人）**

**二代居民身份证原件正面清晰扫描件（必须加盖公章）**

**温馨提示：**为避免出现《深圳经济特区政府采购条例实施细则》第七十五条第二项所列情形，请参加遴选响应供应商核实你单位法定代表人、本项目遴选响应授权代表人（如有）、项目负责人（如有）、主要技术人员（如有）等是否在你公司缴纳社会保险。

## **4.代理人（被授权人）**社会保险**参保证明**（个人）（加盖公章）

**代理人（被授权人）社会保险参保证明（个人）**

1.需提供代理人（被授权人）遴选响应截止前近一个月（由于社保部门原因最近一个月的社保证明无法提供的可往前顺延一个月）的社会保险参保缴费明细表（加盖公章）。

2.退休人员提供国家社会保险公共服务平台查询的电子退休证和聘用合同复印件（加盖公章）。电子退休证查询平台：

国家社会保险公共服务平台 https://si.12333.gov.cn

深圳市社会保险基金管理局 https://hrss.sz.gov.cn/szsi/

3.如新成立公司或退休人员无法提供社会保险参保证明的，应提供加盖公章的说明函（格式自拟），说明相关情况。若因为社保部门原因无法提供的，需提供劳动合同及社保部门官方通知证明(或官网公告截图)。

## 四、 生产企业资质材料

1.国产产品国内生产企业的营业执照或进口产品国内合法代理企业的营业执照彩色复印件（加盖公章、原件备查）

2.生产企业《医疗器械经营许可证》（备案凭证）彩色复印件（加盖公章、原件备查）或进口产品国内合法代理企业经营许可证或备案凭证等相关文件

3.生产企业《医疗器械生产许可证》（生产备案凭证）彩色复印件（加盖公章、原件备查）

4.医疗器械注册证(备案凭证)/进口医疗器械注册证

5.医疗器械经营企业许可证（备案凭证）

6.产品授权书（各级）

7.产品检验报告书等其他材料（加盖公章、原件备查）

## 五、遴选响应方资格声明函

**遴选响应方资格声明函**

致：深圳市福田区第二人民医院

关于贵单位 项目（项目编号： ）医用耗材遴选，本公司（企业）愿意参加遴选，并声明：

1. 我公司具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件：

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.法律、行政法规规定的其他条件。

1. 我公司对本遴选项目所提供的货物或服务未侵犯知识产权。
2. 我公司保证采购人拥有所投产品完整的所有权，不以保护知识产权或技术保密的名义对所有权和使用权进行任何限制。
3. 我公司参与该项目遴选响应，严格遵守政府采购相关法律，遴选响应做到诚实，不造假，不围标、串标、陪标。我公司已清楚，如违反上述要求，其遴选响应将作废，被列入不良记录名单并在网上曝光，同时将被提请政府采购监督管理部门给予一定年限内禁止参与政府采购活动或其他处罚。
4. 如果中选，做到守信，不偷工减料，依照本项目遴选响应文件需求内容、签署的采购合同及本公司在遴选响应中所作的一切承诺履约。项目验收达到全部指标合格，力争优良。
5. 根据《中华人民共和国政府采购法实施条例》的规定，本公司（企业）如为采购项目（包组）提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不再参加该采购项目的其他采购活动。
6. 本公司（企业）的法定代表人或单位负责人与本项目其遴选响应方的法定代表人或单位负责人不为同一人且与其他遴选响应人之间不存在直接控股、管理关系。
7. 本公司（企业）承诺在本次遴选采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。
8. 在参与本次遴选采购活动中遴选响应截止日前三年内，在我公司的经营活动中没有存在重大违法记录，即我公司没有受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。
9. 在参与本次遴选采购活动中，我公司不存在被政府主管部门禁止参与政府采购活动的情形，即我公司不存在还处于被禁止参与政府采购活动的期限内情形。
10. 参与本项目采购活动时未被列入失信被执行人、税收违法黑名单、政府采购严重违法失信行为记录名单

以上承诺，如有违反，愿依照国家相关法律处理，并承担由此给采购人带来的损失。

**备注：1.本声明函必须提供且内容不得擅自删改，否则视为无效响应。**

**2. 本声明函如有虚假或与事实不符的，作无效响应处理。**

**单位名称：**

**日期： 年 月 日**

**（此处加盖遴选响应单位公章）**

## 六、参与遴选及履约承诺函

**参与遴选及履约承诺函**

致：深圳市福田区第二人民医院

我公司承诺：

1.我公司本采购项目所提供的货物或服务未侵犯知识产权。

2.我公司参与本项目前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

3.我公司参与本项目政府采购活动时不存在被有关部门禁止参与政府采购活动且在有效期内的情况。

4.我公司具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款的条件。

5.我公司未被列入失信被执行人、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。

6.我公司参与该项目采购，严格遵循公平竞争的原则，不恶意串通，不妨碍其他人的竞争行为，不损害采购人或者其他人的合法权益。我公司已清楚，如违反上述要求，将作遴选响应无效处理。

7.我公司如果中选，做到守信，不偷工减料，依照本项目采购文件需求内容、签署的采购合同及本公司在谈判中所作的一切承诺履约。

8.我公司承诺本项目的报价不低于我公司的成本价，否则，我公司清楚将面临遴选无效的风险；我公司承诺不恶意低价谋取中选；我公司对本项目的报价负责，中选后将严格按照本项目文件需求、签署的采购合同及我公司在遴选中所作的全部承诺履行。我公司清楚，若我公司以“报价太低而无法履约”为理由放弃本项目中选资格时，愿意接受主管部门的处理处罚。若我公司中选本项目，我公司的报价明显低于其他人的报价时，我公司清楚，本项目将成为重点监管、重点验收项目，我公司将按时保质保量完成，并全力配合有关监管、验收工作；若我公司未按上述要求履约，我公司愿意接受主管部门的处理处罚。

9.我公司已认真核实了文件的全部内容，所有资料均为真实资料。我公司对文件中全部资料的真实性负责，如被证实我公司的文件中存在虚假资料的，则视为我公司隐瞒真实情况、提供虚假资料，我公司愿意接受主管部门作出的行政处罚。

10.我公司承诺不非法转包、分包。

11.我司承诺不存在单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，参加同一合同项下的政府采购活动情形。

12.我司承诺不存在为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的情形。

以上承诺，如有违反，愿依照国家相关法律处理，并承担由此给采购人带来的损失。

单位名称： （盖公章）

日期： 年 月 日