**附件1**

**高县人民医院**

**临床用血信息联网服务项目**

**比价文件**

公司名称： （全称并盖章）

联系人：

联系电话：

XXX年 XXX 月 XXX 日

**目 录**

**一、报价明细表**

**二、法定代表人身份证明书**

**三、法定代表人授权书**

**四、技术要求、服务要求、商务要求响应表**

**五、其他材料**

## 一、 **报价表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目名称** | **最高限价** | **总价** |
| 高县人民医院临床用血信息联网服务项目 | 30000元 |  |

**注：报价超过最高限价为无效报价。此次报价包含税费、运输等一切费用。**

二、法定代表人身份证明书

公司名称:

公司性质:

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。

公司名称: （全称、盖单位章）

日 期: 2025 年 月 日

**附：法定代表人身份证复印件。**

## **三、法定代表人授权书**

本人 （姓名）系 的法定代表人，现委托 （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XXXXXXXXXX比价文件和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：自本授权委托书签署之日起至本项目相关事宜结束为止。

代理人无转委托权。

特此委托。

公司名称：（全称、盖单位章）

法定代表人：（签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人：（签字）

身份证号码：

日 期: 2025年 月 日

**注：本授权委托书为法定代表人不亲自递交比价文件而委托代理人递交的适用。后附代理人身份证复印件。**

四、技术要求、商务要求响应表

|  |  |
| --- | --- |
| 比价文件技术要求 | 响应情况 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

注：1. 参加比价供应商必须把与比价文件**的技术要求、服务要求、商务要求的内容响应情况**列入此表。

2．参加比价供应商必须据实填写，不得虚假填写，否则将取消其中选资格。

公司名称： （全称、盖单位章）

法定代表人或其委托代理人：（签字）

比价日期：XXXX。

## 

## 五、其他材料

1、承诺函

高县人民医院：

我单位作为本次采购项目的比价供应商，根据比价文件要求，现郑重承诺如下：

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.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力。

4.参加本次比价活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

供应商名称：XXXX（单位公章）。

法定代表人/单位负责人或授权代表（签字或加盖个人印章）：XXXX。

日 期：XXXX。

2、营业执照