**法定代表人身份证明书**

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓 名： 性 别：

年 龄： 职 务：

系 （公司名称） 的法定代表人。

  特此证明。

公司(公章)：

法定代表人（签字）：

日　期：

**法定代表人授权委托书**

**致： 赣南医学院第三附属医院**

本授权书声明：注册于 （公司地址）的 （公司名称）法定代表人 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的 （被授权代理人姓名、职务，联系电话）为本公司的合法代理人，就贵方组织的项目，以本公司名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人（签字）：

被授权代理人（签字）：

公司（公章）：

**公司承诺声明**

致：赣南医学院第三附属医院

为响应你方 邀请，下述签字人愿参与报名，提交下述文件并声明全部信息是真实的和正确的。

1、我方按要求提供的相关资料；

2、我方填报的医用器械耗材产品信息。

公司代表签字或签章:

公司签章:

日期:

## 咨询响应函

致：赣南医学院第三附属医院

 （响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次投标有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受设备咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐

瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三**、我方承诺，不管是设备咨询，还是以后院内采购、院内招标、政府采**

**购等方式与医院有业务往来，所有设备、器械等价格不高于江西省医用设**

**备及耗材采购监管平台的最新出的设备参考价（即江西省设备限价）。**

四、我方承诺，以后的设备采购不高于此次设备咨询结果，设备性能参数、

配置、维保不低于此次设备咨询结果。

五、与此次设备咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## 一、响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

致：赣南医学院第三附属医院

我公司在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等重大违法记录。

特此声明。

 法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 响应供应商名称（公章）

 年 月 日

## 二、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证等公司资质及其他证明文件

## 三、投标人资格证明文件

制造商营业执照、所投产品如为二类提供医疗器械注册证及医疗器械注册登记表（二证合一只需提供医疗器械注册证），如为一类设备提供设备登记备案凭证，授权委托书等。

**器械耗材彩页**