封面

自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）

印刷服务采购项目响应文件

公司名称：

联系人：

联系电话：

邮箱：

附件1

**承 诺 函**

自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）：

（响应供应商名称）作为参加本次询价采购活动（项目： 自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）印刷服务采购项目）的响应人，现郑重承诺：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；   
　　（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；   
　　（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；   
　　（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；   
　　（五）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；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）本项目提出的特殊条件。

二、完全接受本项目询价及采购需求规定，如对询价采购需求有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对询价采购需求有异议的同时又参加询价采购活动以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次询价采购活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他响应人参与同一合同项下的询价采购活动的行为。

四、参加本次询价采购活动，不存在和其他响应人在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、如果有《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）规定的记入诚信档案的失信行为，将在响应文件中全面如实反映。

六、响应文件中提供的能够给予采购人带来优惠的任何材料资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

本公司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，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

响应人名称（加盖公章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：XXXX年XX月XX日

附件2

**报 名 函**

自流井东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）：

经研究，我方决定参加贵院 自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）印刷服务采购 项目的询价采购活动报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受或我公司为成交公司，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是评选的唯一条件，你们有选择质优价廉产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国民法典》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关询价及采购活动的各项规定。

报名人代表姓名、职务：

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

QQ邮箱：

年 月 日

附件3

法定代表人授权委托书

自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）：

（报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）印刷服务采购 项目询价采购活动的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

附件4

自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）

印刷服务采购项目报价一览表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 自流井区东街社区卫生服务中心（自流井区第二人民医院）印刷服务采购项目 |
| 最终报价 | 下浮率 |

**注：**1.报价应是全部相应内容的报价。  
 2.本表内任何有选择或可调整的报价将按无效响应处理。

3.报价一览表内填写的最终报价将作为本次采购唯一的最终报价依据。

供应商名称：XXX（公章）

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：