**桐城市中医医院颅脑手术固定架及神经外科手术器械采购项目**

投 标 文 件

（项目编号： ）

投标单位名称：（盖公章）

法人代表：（签字或盖章）

电 话：

日 期：

**一、**桐城市中医医院颅脑手术固定架及神经外科手术器械采购项目

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **标段** | **产品名称** | **采购数量、****技术要求** | **最高限价** | **生产企业** | **规格型号** | **报价** |
| 第一包 | 颅脑手术固定架 | 采购数量：各1套技术要求：详见《桐城市中医医院颅脑手术固定架及神经外科手术器械采购项目采购需求与技术要求》 | ￥81000元 |  |  | 元 |
| 神经外科手术器械 |  |  |

报价说明：

1、投标单位的投标文件必须标明所投货物的品牌与型号，保证原厂正品供货，提供相关资料等，。

2、质保期：自验收合格后1年。

3、标★项需提供技术证明文件之一（医疗器械注册证、医疗器械注册登记表、第三方检测报告、产品技术白皮书、产品使用说明书）予以证明。

投标单位（公章）：

时 间： 年 月 日

 **二、有关投标人资格证明材料**

1、法定代表人身份证明书（原件）；

2、法定代表人授权委托书（原件）；

3、营业执照、组织机构代码证、税务登记证（或三证合一证书）（复印件）；

4、相关许可证书（复印件）；

5、不少于1年免费质保承诺；

**法定代表人身份证明书**

投标人名称：

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 （投标人名称）的法定代表人。

特此证明。

投标单位： (盖公章)

法定代表人： (签字或盖章)

日 期： 年 月 日

附：法定代表人身份证复印件

**法定代表人授权委托书**

本人 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方授权委托人。授权委托人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 （项目名称）投标文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

授权委托人无转委托权，特此委托。

授权委托人： （签字） 性别 ： 年龄：\_\_\_\_\_\_\_

身份证号码： 职务：

投标人： （盖公章）

法定代表人： （签字或盖章）

授权委托日期： 年 月 日

附：委托代理人身份证复印件

**注：若法定代表人开标现场参与投标则不需此件。**

**三、投标人诚信承诺书**

桐城市中医医院：

我单位现参加贵院 项目的投标活动，郑重承诺如下：

1、本次招标投标活动中提交的所有资料都是真实、准确完整的，如发现虚假资料或与事实不符而导致投标无效，甚至造成任何法律和经济责任，完全由我方负责。

2、我单位在本次投标活动中绝无串标、围标情形，若经贵方查出，立即取消我方投标资格并承担相应的法律责任。

3、我单位在近一年内的招标采购活动中，无重大违法、违规的不良记录。

4、我单位一旦中标，将严格按照招标文件要求和投标文件承诺的报价、方案等内容执行。

投标单位： (盖公章)

法定代表人(或授权代理人)： (签字或盖章)

日期： 年 月 日

**四、技术参数响应表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 招标文件规定的技术参数及要求 | 响应情况 | 偏离说明 |
|  | …… |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

投标单位： (盖公章)

法定代表人(或授权代理人)： (签字或盖章)

日期： 年 月 日

**五、投标人认为需要提供的其他资料**