**投标文件**

**（正本/副本）**

**项目名称：**广州市中西医结合医院药学智能智慧化服务项目

**项目编号：**zxyyx2023001

**投标单位：**

**地址：**

**联系人：**

**联系电话：**

**日期：年 月 日**

# 一、资格性/符合性自查表

**资格性/符合性自查表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **招标文件要求** | **自查结论** | **证明资料** |
| 1 | 具有独立承担民事责任的能力，在中华人民共和国境内注册的法人或者其他组织或自然人并依法取得《营业执照》、《药品经营许可证》。 | □通过□不通过 | 见投标文件第( )页 |
| 2 | 法定代表人证明书及授权书。 | □通过□不通过 | 见投标文件第( )页 |
| 3 | 依法依规，诚信经营，具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，同时具有履行合作协议所必需的设备、人员和专业技术能力。供应商未被列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）“记录失信被执行人或重大税收违法案件当事人名单（即税收违法黑名单）或环境保护、知识产权等领域严重违法失信行为”记录名单；不处于中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为信息记录”中的禁止参加政府采购活动期间。 | □通过□不通过 | 见投标文件第( )页 |
| 4 | 未经采购人允许，投标人不得转包、分包、外包项目服务主体。 | □通过□不通过 | 见投标文件第( )页 |
| 5 | 本项目不接受联合体响应。 | □通过□不通过 | 见投标文件第( )页 |

注：以上材料将作为投标单位合格性和有效性审核的重要内容之一，投标单位必须严格按照其内容及序列要求在投标文件中对应如实提供，对缺漏和不符合项将会直接导致无效响应！在对应的□打“√”。

单位法定代表人（或授权代表）签字：

单位名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

# 二、资格证明材料

# 三、法定代表人证明书

**法定代表人证明书**

 现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

注册号码： 企业类型：

经营范围： 。

**附：法定代表人身份证（正面、背面）复印件。**

单位名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：

单位法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

# 四、法定代表人授权书

**法定代表人授权书**

致：广州市中西医结合医院

本授权书声明： 是注册于 的 的法定代表人，现任 职务，有效证件号码： 。现授权 作为我公司的授权代表，就“广州市中西医结合医院药学智能智慧化服务项目”的投标和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

**附：授权代表身份证（正面、背面）复印件。**

单位名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：

单位法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

授权代表（签字或盖章）： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

# 五、其他证明或补充材料

# 六、履约进度计划表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **拟定时间安排** | **计划完成的工作内容** | **建议或要求** |
|  | 拟定 年 月 日 | 签定合同并生效 |  |
|  | 月 日— 月 日 |  |  |
|  | 月 日— 月 日 | 质保期 |  |

# 七、服务方案

投标人需提供服务方案，内容包括需求响应、项目服务方案、设备配套、应急保障方案、培训服务方案及运维服务方案等。

## 7.1服务需求响应表

**响应表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目服务需求** | **是否响应** | **偏离说明** | **证明资料** |
| 1 |  |  |  | 见投标文件第( )页 |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| …… | …… |  |  |  |

注：对于上述要求，如投标单位完全响应，则请在“是否响应”栏内打“√”，对空白或打“×”视为偏离，请在“偏离说明”栏内扼要说明偏离情况。

单位法定代表人（或授权代表）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日

## 7.2项目服务方案

## 7.3设备配套

## 7.4应急保障方案

## 7.5培训服务方案

## 7.6运维服务方案

# 八、分包组报价表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目名称** | **包号** | **服务报价** |
| 广州市中西医结合医院药学智能智慧化服务项目 |  包组 |  万/年 |

单位法定代表人（或授权代表）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日