# 响应文件格式

（封面格式）

响应文件

项目编号：

项目名称：

供 应 商： （公章）

日 期： 年 月 日

**目录（自拟）**

## 一、法定代表人授权书

乐至县人民医院：

本授权声明： （供应商名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ” 项目（项目编号： ）采购活动的合法代表，全权处理该项目有关采购、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

附：（1）法定代表人有效身份证明材料正反面复印件

（2）授权代表有效身份证明材料正反面复印件

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

授权代表（签字或加盖个人名章）：

供应商名称： （盖章）

日 期： 年 月 日

注：**1、法定代表人不亲自参加采购活动，而授权代表参加采购活动的适用。**

**2、供应商为法人单位时提供“法定代表人授权书”，供应商为其他组织时提供“单位负责人授权书”，供应商为自然人时提供“自然人身份证明材料”。**

**3、身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照等。**

## 一、法定代表人证明书

单位名称：

地 址：

姓 名： 性别： 年龄： 职务：

本人系 (供应商名称)的法定代表人/单位负责人。就参加你单位组织的“ (项目名称)(项目编号： )”的采购活动、合同签订以及合同履约等一切事宜，我单位均予承认，所产生的法律后果均由我单位承担。

特此证明。

附：（1）法定代表人有效身份证明材料正反面复印件

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

供应商名称： （盖章）

日 期： 年 月 日

注：**1、法定代表人亲自参加采购活动时适用本证明书。**

**2、身份证明材料包括居民身份证或户口本或军官证或护照等。**

## 二、承诺函

乐至县人民医院：

我公司作为本次采购项目的供应商，根据采购文件要求，现郑重承诺如下：

（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）根据采购项目提出的特殊条件。

（八）不是联合体投标的承诺涵。

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。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期： 年 月 日

## 三、其他资格、参数证明资料及相关说明等

对照供应商资格、参数证明材料等具体要求提供。

## 四、商务、技术应答表

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件要求 | 响应文件应答 | 偏离情况（正偏离或负偏离或无偏离） | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：1.供应商按照采购文件“采购技术参数、商务要求”进行应答。**

**2．供应商可根据自身实际情况只填写有偏离（正偏离或负偏离）的条款，无偏离的可不填写，认为供应商已按要求响应。**

**3．供应商必须据实填写，不得虚假填写，否则将取消其磋商或成交资格。**

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期： 年 月 日

## 

## 

## 五、报价一览表

项目名称： 项目编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 品牌 | 单位 | 数量 | 单价 | 金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 分项报价合计（万元）： 大写： | | | | | | | | |

注:表格如不能完全表达相关内容，供应商可自行补充。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期： 年 月 日