## 格式1：报价一览表

|  |
| --- |
| 项目名称： |
| 响应包号（如有）： |  |
| 投标报价（元）： | 小写： |
| 大写（人民币）： |
| 交付期/服务期/工期 |  |
| 投标人：（盖单位公章） 法定代表人或授权代理人：（签字或盖章） 日期：\_\_\_\_\_\_\_年 月 日 |

**注：**

1. 投标报价是采购文件所确定的招标范围内全部工作内容的价格表现，包括但不限于以下内容：所有货物、服务、税金、利润、管理费等完成本项目相关的一切费用。
2. 投标报价（或投标单价）不得超过采购文件中规定的最高限价，否则按无效投标处理。

**格式2：法人授权委托书**

**致海南省安宁医院：**

兹授权： 先生/女士（身份证号码：xxx）为我公司的合法授权代理人，参加海南省安宁医院组织的（海南省儿童青少年心理健康医学中心项目全过程跟踪审计[包含全过程造价跟踪审计和全过程财务跟踪审计]）院内比选采购活动。

授权权限：全权代表本公司参与上述采购项目的招标活动，并负责一切响应文件的提供与确认，其签字与我司公章具有相同的法律效力。有效期限：60天，自法定代表人签字之日起生效。

被授权人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

公司名称： （公章） 营业执照号码：

法定代表人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

生效日期：20 年 月 日

**被授权人**

**居民身份证正面复印件粘贴处**

 **法定代表人**

 **居民身份证正面复印件粘贴处**

 **法定代表人**

 **居民身份证反面复印件粘贴处**

**被授权人**

 **居民身份证反面复印件粘贴处**

**注：本授权书内容不得擅自修改。**

**格式3：投标人资格承诺函**

**致：海南省安宁医院**

我单位参与 海南省儿童青少年心理健康医学中心项目全过程跟踪审计(包含全过程造价跟踪审计和全过程财务跟踪审计) （项目编号：HNSANYY2025003 ）项目的采购活动，现承诺如下：

1、我单位具有符合采购文件资格要求规定的良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

2、我单位具有符合采购文件资格要求规定的履行合同所必需的设备和专业技术能力。

3、我单位具有符合采购文件资格要求规定的依法缴纳税收和社会保障资金的相关证明材料。

4、我单位符合采购文件资格要求规定的在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。

5、我单位没有被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单以及政府采购严重违法失信行为记录名单。

6、单位负责人为同一人或者高级管理人员存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加本次比选活动。

7、投标商需对本项目所提交的资料真实性负责，一旦查处违规造假将取消本项目选聘资格且两年内不得参与本院所有项目比选资格。

8、如违反上述承诺，同意将相关失信行为纳入海口市信用信息共享平台。

9、同意此承诺书在公告发布媒介公示，接受社会各界监督。若我单位以上承诺不实， 自愿承担提供虚假材料谋取中标、成交的法律责任。

说明：供应商可自行选择是否提供本承诺函，若不提供本承诺函，应按《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国政府采购法实施条例》及采购文件资格要求提供相应的证明材料。

投标人名称（盖单位章）：

法定代表人（或委托代理人）（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

## 格式4：采购需求响应表

 项目编号/包号： 项目名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 文件采购要求 | 响应文件应答情况 | 负偏离/响应/正偏离 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：**1、投标人应对附件1《采购需求》进行逐条响应，并且不得仅以“满足”或“不满足”应答，否则作无效投标处理。

2、投标人必须根据所提供的货物或服务内容的实际情况如实填写，如发现有虚假描述的，将做无效投标处理。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或被授权代表（签字或签章）：

日期:

## 格式5：**服务需求要求的、投标人认为有必要提供的其它资料**

备注：服务需求要求的、投标人认为需提供的其他资料包括：