公告附件3：报价文件格式

## （包装封面参考）

|  |
| --- |
| **报 价 文 件**  **口 正本**  **口 副本**  **项目名称：中山市口腔医院微信服务号代运维服务采购**  **供应商名称：**  **供应商地址：** |

一、报 价 函

**致：中山市口腔医院**

我方确认参与贵方 中山市口腔医院微信服务号代运维服务采购项目 的竞价， *(供应商名称、地址)*  作为供应商已正式授权 *(供应商授权代表全名、职务)*  为我方签名代表，代表我方提交报价文件进行磋商。

签名代表在此声明并同意：

1. **我们愿意遵守竞价文件的各项规定，自愿参加报价, 并已清楚竞价文件的要求及有关文件规定，并严格按照竞价文件的规定履行全部责任和义务。**
2. **我们同意本报价自报价截止之日起90天内有效。如果我们的报价被接受，则直至合同生效时止，本报价始终有效。本报价始终有效并不撤回已递交的报价文件。**
3. **我们已经详细地阅读并完全明白了全部竞价文件及附件，包括澄清（如有）及参考文件，我们完全理解本竞价文件的要求，我们同意放弃对竞价文件提出不明或误解的一切权力。**
4. **我们同意提供采购人与评审委员会要求的有关报价的一切数据或资料。**
5. **我们理解采购人与评审委员会并无义务必须接受最低报价的报价或其它任何报价，完全理解采购人拒绝迟到的任何报价和最低报价不是被授予成交的唯一条件。**
6. **如果我们未对竞价文件全部要求作出实质性响应，则完全同意并接受按无效报价处理。**
7. **我们证明提交的一切文件，无论是原件还是复印件均为准确、真实、有效、完整的，绝无任何虚假、伪造或者夸大。我们在此郑重承诺：在本次招标采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。**
8. **如果我们提供的声明或承诺不真实，则完全同意认定为我司提供虚假材料，并同意作相应处理。**
9. **我们是依法注册的法人，在法律、财务及运作上完全独立于本项目采购人。**

**备注：1、报价函中承诺的报价有效期应当不少于竞价文件中载明的报价有效期，否则视为无效响应。**

**2、除报价有效期承诺的时间外，本报价函内容不得擅自删改，否则视为无效响应。**

法定代表人或供应商授权代表（签名或盖章）：

供应商公章：

二、供应商资格声明函

**中山市口腔医院：**

关于贵公司2024年2月4日发布 中山市口腔医院微信服务号代运维服务采购项目 的竞价公告，本公司（企业）愿意参加报价，并声明：

1. 本公司（企业）具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件：

（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。

1. 我方未被列入“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或政府采购严重违法失信行为”记录名单。同时，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。

以上内容如有虚假或与事实不符的，可将我方做无效报价处理，我方愿意承担相应的法律责任。

本公司（企业）承诺在本次招标采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。

特此声明！

**备注：1.本声明函必须提供且内容不得擅自删改，否则视为无效报价。**

**2.本声明函如有虚假或与事实不符的，作无效报价处理。**

**3.后附相关证明材料（竞价公告中，合格供应商的资格要求的相关证明材料）**

单位名称（加盖公章）：

法定代表人或供应商授权代表（签名或盖章）：

联系电话：

日期：

三、法定代表人证明书/法定代表人授权委托书

**法定代表人证明书和法定代表人授权书按以下格式填写。如由法定代表人负责报价并签署报价文件的，供法定代表人证明书即可；否则需提供法定代表人证明书和法定代表人授权书。**

**法定代表人证明书**

同志，现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

签发日期： 单位： **（盖章）**

法定代表人性别： 年龄： 身份证号码：

法定代表人联系电话：

营业执照/登记证书号码（统一社会信用代码）：

单位类型：

经营范围/业务范围：

业务主管单位（若有）：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

3.将此证明书提交对方作为合同附件**。**

**(为避免废标，请供应商务必提供本附件)**

|  |
| --- |
| 附法定代表人身份证正反面复印件 |

**法定代表人授权委托书**

致：中山市口腔医院

兹授权我单位 为我方签订经济合同及办理其他事务**代理人**，其权限是：就*（项目名称）*竞价及参加项目报价响应，负责提供与签署确认一切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺，以本公司名义处理一切与之有关的事务。

授权单位： **（盖章）** 法定代表人 ： （**签名或盖私章**）

签发日期：

代理人性别： 年龄： 职务： 身份证号码：

代理人联系电话：

营业执照/登记证书号码（统一社会信用代码）：

单位类型：

经营范围/业务范围：

业务主管单位（若有）：

说明：1. 法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

3.将此证明书提交对方作为合同附件**。**

4.授权权限：全权代表本公司参与上述采购项目的报价响应，负责提供与签署确认一切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺。

5.**有效期限：应包括报价有效期在内不少于90天（报价有效期应从提交报价文件的截止之日起算），自本单位盖公章之日起生效。**

6.若签字代表为法定代表人，则本表不适用。

|  |
| --- |
| 附代理人身份证正反面复印件 |

四、报 价 一 览 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **总报价（人民币:元）** | **服务期限** |
| 1 | 中山市口腔医院微信服务号代运维服务采购项目 | 小写：¥  小写： | 1个月 |

**备注：**

**1、采购预算总价11000.00元作为总报价最高限价，供应商的报价不得高于本项目最高限价，否则视为无效报价。**

**2、报价的小数点后保留两位有效数。**

**3、报价是指采购人需要支付本项目的所有费用，采购人不再另外支付其他费用。**

供应商名称（盖公章）：

法定代表人或供应商授权代表（签字或盖章）：

日期：