|  |
| --- |
| **响 应 文 件**  **项目名称：中山市口腔医院收银一体化项目**  **供应商名称：**  **供应商地址：** |

一、供应商资格声明函

**中山市口腔医院：**

本公司（企业）愿意参加贵单位 中山市口腔医院收银一体化项目 的磋商报价，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。**

供应商名称（加盖公章）：

日期：

二、报价表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 标的名称 | 总报价（元） | 服务期限 | 备注 |
| 1 | 中山市口腔医院收银一体化项目 |  |  | 包括前期部署费用、医保POS机支付服务、医保人脸识别支付终端服务，售后服务等全部费用。 |

注：

**1.本项目合计的最高限价为98000.00元，供应商报价合计不可高于最高限价98000.00元，否则为无效报价。**

2.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。

3.供应商根据企业自身能力报出项目整体包干价（人民币）。（须精确到小数点后两位，格式：XX.XX）。

4.供应商报价应包括完成服务标的、配套设施、零配件更换、关税（如有）、税费、运费、保险费、安装调试、第三方检测验收（如有）、培训、质保、售后服务等全部费用。

5.供应商在填写报价时，应根据公司自身的成本核算情况，充分考虑市场价格的波动风险。一经参与，即认为已充分考虑有关风险，愿意承担因这些风险所造成的一切经济损失，并放弃因此造成的损失求偿权。

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

三、营业执照

四、服务方案

五、业绩经验

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **项目委托单位** | **合同内容** | **合同金额** | **合同签订时间** | **完成情况** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**注：供应商需提供合同复印件并加盖公章。**

1. 团队总体水平

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **在本项目担任职务** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **学历** | **职称/资格证书** | **主要资历或承担过的项目** |
| 项目  负责人 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：1、提供人员的相关证明文件（如有）。

2、供应商可根据响应情况，对本表进行适当的修改、扩充、优化。