|  |
| --- |
| **响 应 文 件****项目名称：2025年中山市口腔医院员工团体意外保险服务项目****供应商名称：****供应商地址：****供应商联系人：****供应商联系方式：** |

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 2025年中山市口腔医院员工团体意外保险服务项目 的报价，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 | 项目名称 | 报价（元） |
| 1 |  |  |

注：

**1.本项目合计的最高限价为74元/人/年，最终合同结算总金额不超过20440元。供应商报价合计不可高于最高限价，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.供应商报价总价应包括实施本项目的全部费用，除此之外，无任何非约定的费用。

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、资质证书

四、服务方案

五、人员配置

六、项目经验

（提供相关合同复印件）

七、应急预案

八、理赔响应与风控能力