浙江大学医学院附属儿童医院

市场调研

（行政后勤服务类）

项目名称：

供应商名称：

日期：2023年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

1. 报名须知
2. 报价单
3. 供应商通讯地址及联系方式
4. 法定代表人授权委托书
5. 中小企业声明函
6. 项目参数响应表
7. 无重大违法行为承诺书
8. 相关证照
9. 营业执照
10. 相关行业准入资格证书（如需）
11. 相关行业等级资格证书（如需）
12. 其他资料
	1. 企业情况和服务能力说明
	2. 同类项目业绩

提供近三年来服务的名单，并附相关合同复印件（未附合同视为无效名单）。

## 报名须知

1．所提供服务和人员设备配置符合医院使用需求。

2．完成服务所需的必要设备等由供应商提供，需由医院提供场地或水电气等便利条件的根据合同规定事后结算。

3．提供必要的人员培训服务（如需）。

请在下列横线上手写以下文字：“在浙江大学医学院附属儿童医院的提示、说明下，我方已充分阅读并理解上述条款，自愿接受以上条款约束。”

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

供应商(盖单): 签名:

日期： 年 月 日

## 报价单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 预计年洗涤量 | 单价（元） | 总计（元） |
| 1 | 被单 | 186840 | 　 | 　 |
| 2 | 被套/无菌巾 | 114860 | 　 | 　 |
| 3 | 枕套 | 69790 | 　 | 　 |
| 4 | 值班被单 | 23480 | 　 | 　 |
| 5 | 值班被套 | 21440 | 　 | 　 |
| 6 | 值班枕套 | 11630 | 　 | 　 |
| 7 | 病裤 | 57870 | 　 | 　 |
| 8 | 病衣 | 62370 | 　 | 　 |
| 9 | 窗帘/床帘 | 12140 | 　 | 　 |
| 10 | 床罩 | 7920 | 　 | 　 |
| 11 | 单衣/婴儿衣 | 31550 | 　 | 　 |
| 12 | 洞包布 | 399850 | 　 | 　 |
| 13 | 反背衣/手术衣 | 114140 | 　 |  |
| 14 | 工作裤 | 159940 | 　 | 　 |
| 15 | 工作衣/白大褂 | 181750 | 　 | 　 |
| 16 | 蓝光围栏 | 2130 | 　 | 　 |
| 17 | 连体衣 | 14540 | 　 | 　 |
| 18 | 毛巾/方巾 | 41870 | 　 | 　 |
| 19 | 毛毯/浴巾 | 35400 | 　 | 　 |
| 20 | 毛衣 | 250 | 　 | 　 |
| 21 | 棉袄/羽绒服 | 340 | 　 | 　 |
| 22 | 棉被 | 5230 | 　 | 　 |
| 23 | 尿布 | 1890 | 　 | 　 |
| 24 | 陪护椅套 | 17150 | 　 | 　 |
| 25 | 睡袋/包被套 | 12650 | 　 | 　 |
| 26 | 睡芯/包被 | 21080 | 　 | 　 |
| 27 | 台套（盖机器）/桌布 | 9880 | 　 | 　 |
| 28 | 污物袋 | 500 | 　 | 　 |
| 29 | 洗手裤 | 81640 | 　 | 　 |
| 30 | 洗手衣 | 84260 | 　 | 　 |
| 31 | 约束带/包被带 | 11120 | 　 | 　 |
| 32 | 枕芯 | 16860 | 　 | 　 |
| 33 | 中单 | 383270 | 　 | 　 |
| 34 | 保温箱/蓝光箱罩 | 14030 | 　 | 　 |
| 35 | 其他 | 720 | 　 | 　 |
| 合计 |  |

## 供应商通讯地址及联系方式

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

浙江大学医学院附属儿童医院：

我\_（姓名）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工（姓名）以我方的名义参加贵院 （项目名称） 项目的市场调研，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职 务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件正反 |  | 被授权人身份证复印件正反 |

附：社保机构出具的投标截止日前6个月内授权代表的投标单位社保缴纳证明，任职不足6个月的可提供劳动合同证明文件。

## 中小企业声明函

中小企业应当按照《政府采购促进中小企业发展管理办法》规定和《中小企业划型标准规定》（工信部联企业〔2011〕300号），如实填写并提交《中小企业声明函》。

**中小企业声明函（服务）**

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司（联合体）参加*（单位名称）*的*（项目名称）*采购活动，服务全部由符合政策要求的中小企业承接。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. *（标的名称）* ，属于*（所属行业）行业*；承建（承接）企业为*（企业名称）*，从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元1，属于*（中型企业、小型企业、微型企业）*；

2. *（标的名称）* ，属于*（所属行业）行业*；承建（承接）企业为*（企业名称）*，从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于*（中型企业、小型企业、微型企业）*；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日期：

（**备注**：从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。）

1. **项目参数响应表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 响应情况 | 偏离情况 | 说明 |
| 1 |  |  |  | （此列填写响应内容的具体页码） |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

## 无重大违法行为承诺书

**无重大违法行为承诺书**

浙江大学医学院附属儿童医院：

我方愿意参加贵方组织的项目采购活动，并就参加本次采购活动有关事项郑重声明如下：

1.我方向贵方提交的所有文件、资料都是准确的和真实的。

2.我方参加本次采购活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录。

3.我方未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

4.以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

 承 诺 单 位（公章）：

 法定代表或其授权人（签字）：

 日 期： 年 月 日

## 相关证照

1. 营业执照
2. 相关行业准入资格证书（如需）
3. 相关行业等级资格证书（如需）

## 其他资料

1. 服务方案
2. 同类项目业绩

提供近三年来服务的名单，并附相关合同复印件（未附合同视为无效名单）。