## 报名须知

**各（潜在）公司代表：**

一、请按参加采购比选提交材料目录准备一式五份（正本一份和副本四份）的材料，所有资料需要密封并加盖公司公章，院内比选材料交到天河区中医医院八楼院办公室（地址：广州市天河区黄埔大道中棠石路9号8楼808室），林小姐，在接到电话通知准时参加院内比选，地点：广州市天河区棠石路9号天河区中医医院八楼会议室。

二、以上所需材料请按材料格式要求提供，不能提供的请列明原因。

**第一部分 材料基本目录**

1. 投标人证件复印件（企业法人证、营业执照）、本项目相关的其他资质复印件（如有请提供）
2. 企业法定代表人资格证明书
3. 企业法定代表人资格委托书
4. 资格文件声明函
5. 公司简介
6. 项目理解和分析
7. 项目实施方案
8. 项目保障与推广服务方案
9. 内容审核机制
10. 应急预案
11. 用户需求偏离表
12. 近三年同类项目汇总及合同关键页复印件
13. 报价表
14. 投标人认为需要提交的其他材料
15. 提供第三方出具的与企业信用、体系认证相关证书。（不是必备材料）

说明：

1、以上材料需加盖公章，按顺序摆放，均在有效期内。

2、材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。

**第二部分 材料格式**

**广州市天河区中医医院**

**医疗院内比选基本目录**

**（正本/副本）**

**采购项目名称：**广州市天河区中医医院视频运营服务项目院内比选

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话/邮箱：**

**日期：**

**目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料要求** | **证明资料** |
| 1 | 公司营业执照复印件、本项目相关的其他资质复印件 | 第( )页 |
| 2 | 企业法定代表人资质证明书 | 第( )页 |
| 3 | 企业法定代表人授权委托书 | 第( )页 |
| 4 | 资格文件声明函 | 第( )页 |
| 5 | 公司简介 | 第( )页 |
| 6 | 项目理解和分析 | 第( )页 |
| 7 | 项目实施方案 | 第( )页 |
| 8 | 项目保障与推广服务方案 | 第( )页 |
| 9 | 内容审核机制 | 第( )页 |
| 10 | 应急预案 | 第( )页 |
| 11 | 用户需求偏离表 | 第( )页 |
| 12 | 近三年同类项目汇总及合同关键页复印件 | 第( )页 |
| 13 | 报价表 | 第( )页 |
| 14 | 提供第三方出具的与企业信用、体系认证相关证书。（不是必备材料） | 第( )页 |

**法定代表人/负责人资格证明书**

**法定代表人/负责人资格证明书**

兹证明， 同志， （性别），现任我司 职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 粘贴法定代表人身份证复印件 |

**法定代表人授权委托书**

法定代表人授权书格式

（对于银行、保险、电信、邮政、铁路等行业以及获得总公司响应授权的分公司，可以提供响应分支机构负责人授权书）

法定代表人授权书

致：广州市天河区中医医院

本授权书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_是注册于（国家或地区）的（供应商名称）的法定代表人，现任\_\_\_\_\_\_\_\_职务，有效证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。现授权（姓名、职务）作为我公司的全权代理人，就“广州市天河区中医医院视频运营服务项目院内比选”项目采购的响应和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日签字生效，特此声明。

供应商（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职 务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被授权人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职 务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**资格文件声明函**

**致： 广州市天河区中医医院**

关于贵方采购项目名称： 广州市天河区中医医院视频运营服务项目院内比选投标邀请，本人愿意参加投标响应，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。

本公司（企业）的单位负责人与所参投的本采购项目包组的其他供应商的单位负责人不为同一人且与其他供应商之间不存在直接控股、管理关系。

我方已认真阅读并完全理解《视频运营需求（天河区中医医院）》中的所有内容，包括但不限于项目需求、技术要求、资质要求、行业经验、售后服务、验收要求、违约责任及付款方式等条款，并确认我方完全有能力按照要求提供相应的服务。

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，否则视为无效投标。
2. 本声明函如有虚假或与事实不符的，作无效投标处理。

参选人名称（签章）：

日 期： 年 月 日

**广州市天河区中医医院院内比选报价单**

项目名称：广州市天河区中医医院视频运营服务项目院内比选

报价内容：

总价报价：小写： 元（大写： 元整）

附加说明：

单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一项目报价，一经发现按废标处理并标记为不诚信供应商。

公司名称：

法人代表或授权代表签名：

日期： 年 月 日

用户需求偏离表

技术要求偏离表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院方需求 | 实际参数 | 是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |