**信息征集响应文件**

**信息征集项目名称：**

**法定代表人：**

**委托代理人：**

**信息提供方：**

**日 期：** **年** **月** **日**

**信息征集响应文件须知及内容**

**须知：**

一、信息提供方参与医用办公家具信息征集时，全程应按信息征集响应文件要求填写准备，且必须电脑**双面打印**，不可手工填写，打印前**删除红色字体**。

二、信息提供方填写单位/公司全称、同时加盖公章及签字后扫描成pdf格式，于2025年8月15日12:00前将信息征集响应文件pdf版和word版（邮件名称：医用办公家具信息征集-公司名称），与附件2表格（Excel版）一起打包发送到南山区医疗集团总部支持保障部邮箱(wangyunan@nsqyljtzb.cn)参与信息征集。

三、信息提供方须详细阅读项目需求内所有内容，在满足项目需求内全部要求的前提下方可参与此次非医疗耗材信息征集。信息提供方参与此次活动视为接受并且满足需求内全部条款，如信息提供方提供虚假资料，将会被我单位记入诚信档案，一年内不得参与我单位组织的采购活动。

四、以下情况视为无效资料：①信息提供方上交的证件过期、超经营范围、授权弄虚作假等；②无公章、无联系方式；③信息征集响应文件未按规定的内容、格式提交或填写不完整；④若内容因表达不清所引起的后果由信息提供方负责。

**内容：**

一、相关执照及资格证明

二、法定代表人证明书

三、法定代表人授权委托书

四、医用办公家具信息征集表（Excel表）

五、信息提供方承诺书

**一、相关执照及资格证明**

**信息提供方营业执照、许可证、代理授权书（若有）**

**注：** 营业执照上需体现经营范围，如营业执照上未体现经营范围，信息提供方需同时提供市场监督管理局查询的经营范围结果和营业执照，并加盖本单位/公司公章。

**一、相关执照及资格证明（XXXX）**

**若多个证照可括号中备注相关执照及资格证明名称**

**二、法定代表人证明书**

同志，性别： ， 年 月出生，现任我单位/公司 职务，为我单位/公司的法定代表人。

特此证明。

单位/公司名称： （公章）

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人  居民身份证复印件粘贴处  （正面） |  | 法定代表人  居民身份证复印件粘贴处  （反面） |

**三、法定代表人授权委托书**

深圳市南山区医疗集团总部**：**

兹授权我单位/公司 同志参加贵单位组织的深圳市南山区医疗集团总部2025年度医用办公家具信息征集，全权代表我公司参与医用办公家具信息征集的有关事宜。

**附授权代表情况：**

姓名： 性别：

职务： 电话：

身份证号码：

法定代表人： （签章）

单位/公司名称： （公章）

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被授权人（授权代表）  居民身份证复印件粘贴处  （正面） |  | 被授权人（授权代表）  居民身份证复印件粘贴处  （反面） |

**五、信息提供方承诺书**

|  |
| --- |
| **承诺内容：** |
| **我司承诺我司通过邮箱发送的《医用办公家具信息征集表》内所有内容真实、无误。表格的相关报价为我司在深圳市的最低价格。** |
| **1、产品质量保证：** |
|  |
| **2、质保范围和期限：** |
|  |
| **3、售后服务：** |
|  |
| **信息提供方法定代表人签名：**  **公章：**  **年 月 日** |

**备注：**1、以上内容必须全部填写完整，否则视为无效。

2、售后服务事项填不下时可另加附页，但必须在附页上加盖单位/公司公章。