**附件1**

**资格审查证明材料清单**

项目名称：湘潭市妇幼保健院医技预约和治疗预约系统项目

委托代理编号：ZKGSF(ZB)-20250421

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证明材料名称 | 页码 | 备注 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商联系人：

联系电话：

联系邮箱：

供应商名称（盖单位章）：

年   月   日

**附件2**

**供应商资格声明**

致 (采购人、采购代理机构)：

按照《中华人民共和国政府采购法》及实施条例和 (项目名称)邀请公告的规定，我单位郑重声明如下：

一、我单位是按照中华人民共和国法律规定登记注册的，注册地点为 ，全称为 ，统一社会信用代码为 ，法定代表人（单位负责人）为 ，具有独立承担民事责任的能力。

二、我单位具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

三、我单位依法进行纳税和社会保险申报并实际履行了义务。

四、我单位具有履行本项目采购合同所必需的设备和专业技术能力，并具有履行合同的良好记录。

五、我单位在参加采购项目采购活动前三年内，在经营活动中，未因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。其中较大数额罚款是指：达到处罚地行政处罚听证范围中“较大数额罚款”金额标准的；法律、法规、规章、国务院有关行政主管部门对“较大数额罚款”金额标准另有规定的，从其规定。

供应商在参加采购活动前3年内因违法经营被禁止在一定期限内参加政府采购活动，期限届满的，可以参加政府采购活动。

六、我单位具备法律、行政法规规定的其他条件。

七、与我单位存在“单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系”的其他单位信息如下（如无，填写“无”）：

1、与我单位的法定代表人（单位负责人）为同一人的其他单位如下：

2、我单位直接控股的其他单位如下：

3、与我单位存在管理关系的其他单位如下：

八、我单位不属于为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商。

九、我单位无以下不良信用记录情形：

1、在“信用中国”网站被列入失信被执行人和重大税收违法案件当事人名单；

2、在“国家企业信用信息公示系统”网站被列入政府采购严重违法失信行为记录名单；

3、不符合《政府采购法》第二十二条规定的条件。

我单位保证上述声明的事项都是真实的，如有虚假，我单位愿意承担相应的法律责任，并承担因此所造成的一切损失。

注：第二条“良好的商业信誉”是指供应商经营状况良好，无本资格声明第九条情形。

供应商名称（盖单位公章）：

法定代表人（单位负责人）或委托代理人： （签字或印章）

日期： 年 月 日

**附件3**

**法定代表人（负责人）身份证明**

**(法定代表人（负责人）参加谈判)**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间：    年  月  日

经营期限：

经营范围：主营：            ；兼营：

姓名：      性别：    年龄：    系   （供应商名称） 的法定代表人（负责人）。

特此证明。

附：法定代表人（负责人）身份证复印件

供应商名称（盖单位章）：

日期：    年    月    日

**法定代表人（负责人）授权书**

**(委托代理人参加谈判)**

本人          （姓名、职务）系           （供应商名称）的法定代表人（负责人），现授权          （姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：(1)签署、澄清、补正、修改、撤回、提交                     （项目名称、采购项目编号）响应文件；(2)签署并重新提交响应文件及最后报价；(3)退出谈判；(4)签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：     。

代理人无转委托权。

本授权书于     年   月   日签字生效，特此声明。

附：委托代理人身份证复印件及法定代表人（负责人）身份证明(附件3，原件)

法定代表人（负责人）（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：    年   月  日