附件：

**投**

**标**

**文**

**件**

采购项目名称： 利川市民族中医院工会委员会

2024年职工春节慰问品

投标人：

2024年1月 日

**供应商参加投标确认承诺函**

利川市民族中医院工会委员会：

收到贵方的采购文件，经仔细阅读和研究，我们在此承诺：我方具备贵方要求的《政府采购法》第二十二条规定的条件及其他资格要求，如因承诺不实而导致的后果我方自行承担。

我方决定参加此次 利川市民族中医院工会委员会2024年职工春节慰问品 采购项目的投标。

一、我们愿意按照采购文件的一切要求，提供本项目的投标及报价。

二、我们愿意提供利川市民族中医院工会委员会在采购文件中要求的文件、资料。

三、报价函。

四、证明文件。

五、资格证明文件：

1、报价人有效期内企业法人营业执照副本复印件；

2、报价人法定代表人授权委托书（法定代表人亲自参与报价的除外）；

3、报价人法定代表人身份证复印件及法定代表人授权代表身份证复印件；

4、具有相关超市等经营资质。

六、我们同意按采购文件中的规定，本采购文件报价的有效期限为开标之日起30天。

七、如果我们的采购文件被接受，我们将履行采购文件中规定的每一项要求，按期、按质、按量，完成交货任务。

八、我们认为你们有权决定成交供应商。

九、我方愿意遵守《中华人民共和国政府采购法》，并按《中华人民共和国民法典》、财政部《政府采购货物和服务招标投标管理办法》和合同条款履行自己的全部责任。在合同履行过程中，双方如有争议，同意由利川市民族中医院工会委员会协调解决，并按相关法规和有关文件规定处理。

十、我们认可并遵守采购文件的所有规定，放弃对采购文件提出质疑的权利。

十一、我们在报价截止期后撤回报价及成交后拒绝遵守承诺或拒绝在规定的时间内与贵方签订合同，以及我方被确定为成交供应商，且无不可抗力，又未履行采购文件和合同条款的，一经查实，我方愿意赔偿由此而造成的一切损失，并同意接受由利川市民族中医院工会委员会按相关法规和有关文件规定对我方处理。

报价人（盖章）：

法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或盖章：

电话： 传真：

通讯地址： 邮编：

**报价须知**

1、本项目慰问品按照鄂工发〔2018〕6号文件第三章第八条第四点所规定的内容为准（利于招标方以提货券等便捷灵活方式发放）。高于报价限价的慰问品，采购方最终以最高限价300元/份结算，采购共计约710份。（按实际采购份数结算）。

2、选择上浮率最高的报价公司为本项目推荐合格供货商。

3、推荐合格供货商中，若出现大于壹名优惠率（上浮率）相同者时，皆可作为合格供货商，配送份额由医院各工会会员自行选择确定。

4、本次报价为一次性报价，请各供货商报价时慎重报价。

**供应商报价函**

**致：利川市民族中医院工会委员会：**

我公司收到并已认真阅读了贵方发出的 利川市民族中医院工会委员会2024年职工春节慰问品 项目采购文件，接受贵方“采购文件”提出的各项要求，自愿参与该项目报价。

报价人名称（盖章）：

|  |
| --- |
| **报 价 表** |
| **基础价** | 300元/人份（710份） |
| **统一报价上浮率** | %（**300元/人份报价上浮率统一报价**） |
| **最终报价** |  元/人份（基础价300元/人份） 例：以300元/人份为基础价举例，进行上浮率报价。采购人结算金额为固定金额300元/人份，提货券价值=基础价×（1+上浮率），如所报上浮率为20%，提货券价值为300×（1+20%）=360元/人份。 |

 **报价人授权代表签字或盖章：**

**日 期：**

附件：

**法定代表人证明书**

 现任我单位 职务，为法定代表人（负责人），

特此证明。

有效期限：

附：法定代表人（负责人）性别： 年龄： 身份证号码：

注册号码： 企业类型：

经营范围：

 。

 单位： （盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证件复印件 |

**法定代表人授权委托证明书**

兹授权 为我方委托代理人，其权限是：

有效期限：

附：代理人性别： 年龄： 身份证号码：

注册号码： 企业类型：

经营范围：

 。

法定代表人（负责人）： （签名）

授权单位：（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
|  被授权代表身份证件复印件 |