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（盖章）：

日期：2025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. 相关证照
6. 营业执照
7. 相关行业准入资格证书
8. 相关行业等级资格证书
9. 三体系证书等
10. 供应商企业管理制度等
11. 项目参数响应表
12. 中小企业声明函
13. 无重大违法行为承诺书
14. 其他资料
    1. 公司简介
    2. 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）
    3. 其他需提供的资料，如在岗服务人员、资质证书、管理、服务能力等说明

## 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

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 类别 | | 工时均价（元/月） | | 工时数 | | 总价（元/年） |
| 1 | 劳务费 | 一级岗 |  | | 5.94 | |  |
| 二级岗 |  | | 41.04 | |  |
| 三级岗 |  | | 82.70 | |  |
| 小计（1年） | | | | |  |
| 2 | 类别 | 单价（元/平方） | | 面积（㎡） | | | 总价（元/年） |
| 地面打蜡 |  | | 30000 | | |  |
| 3 | 类别 | 单价（元/平方/次） | | 面积（㎡） | | 次数（1年） | 总价（元/年） |
| 外墙清洗 |  | | 30000 | | 2 |  |
| 合计（1年）：劳务费+地面打蜡+外墙清洗= | | | | | | | |
| 合计（2年）：劳务费+地面打蜡+外墙清洗= | | | | | | | |

备注：以上价格包含完成服务所需的一切费用

供应商全称（公章）：

法定代表人或授权委托人（签字或盖章）：

日期：

## 供应商通讯地址及联系方式

供应商全称（盖章）：

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） 项目的院内自行采购活动，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。

## 相关证照（所有资料均需盖章）

1.营业执照

2.相关行业准入资格证书

3.相关行业等级资格证书

4.三体系证书等

5.供应商企业管理制度等

## 采购需求响应表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 响应情况 | 偏离情况 | 说明 |
| 1 |  |  |  | （此列填写响应内容中单独提供证明资料的具体页码） |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

备注：按附件1 的采购需求进行响应

供应商全称（盖章）：

## 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。）

## 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

## 其他资料（所有资料均需盖章）

1. 公司简介（企业情况和服务能力）

2.相同产品销售业绩

提供近三年来供货的名单，并附相关合同复印件（未附合同、无价格视为无效名单）。

3. 其他需提供的资料，如在岗服务人员、资质证书、管理、服务能力等说明。