浙江大学医学院附属儿童医院

市场调研

项目名称：

供应商名称：

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. 中小企业申明函（如有）
6. 项目参数响应表
7. 无重大违法行为承诺书
8. 相关证照
9. 营业执照
10. 供应商资信和检测能力（满足本项目检测服务具备的证照和资质）
11. 其他资料
    1. 企业情况和服务能力说明
    2. 销售业绩

## 报名须知

1．所提供服务和人员设备（如需）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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医务人员科室分类 | 投保人数 | 保险金额（不低于2万元/人\*年） | 保费标准（最高限价600元/人•年） | 各类科室每年度保费总额（元人民币） |
| 1 | 一类科室：烧伤整形外科、神经外科、心脏外科、新生儿科、胸外科 | 62 |  |  |  |
| 2 | 二类科室：ICU、创伤外科、骨科、急诊、普通外科、普通外科 | 59 |  |  |  |
| 3 | 三类科室：儿科综合、妇科、麻醉科、泌尿外科、神经内科、心血管内科、眼科 | 104 |  |  |  |
| 4 | 四类科室：耳鼻喉科、口腔科、内分泌科、内镜中心、皮肤科、肾脏内科、消化内科、血液内科 | 37 |  |  |  |
| 5 | 五类科室：放射/超声科、呼吸内科、护理、康复科、血液内科、一般内科 | 58 |  |  |  |
| 汇总 | | 320 |  | | |

**本次投保预计320人，年度保险费预计\_ 元人民币/年。**

## 供应商通讯地址及联系方式

供应商全称：

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。

## 中小企业申明函（如有）

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。）

## 技术参数及配置清单（产品介绍）

## 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

## 相关证照

1. 营业执照
2. 相关行业准入资格证书（如需）
3. 相关行业等级资格证书（如需）

## 其他资料

1. 方案
2. 同类项目业绩

提供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）。