附件

正（副）本

致：赣州市妇幼保健院

## 生殖与遗传罕见病基因综合检测诊断服务项目

## 咨

## 询

## 文

## 件

**项目名称：**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

## 目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **页码** |
| 1 | 生殖与遗传罕见病基因综合检测诊断服务项目咨询响应函 |  |
| 2 | 报价一览表 |  |
| 3 | 生殖与遗传罕见病基因综合检测诊断服务项目技术服务要求（详细见咨询公告中技术服务要求，包括但不限于样本外送检测项目的技术参数、标本接收、保管及运送、样本检测、报告及周期要求、服务质量等方面） |  |
| 4 | 法定代表人授权书 |  |
| 5 | 响应供应商关于无重大违法记录书面声明函 |  |
| 6 | 供应商资格证明文件 |  |
| 7 | 三年内服务于其他医院中标通知书及合同资料 |  |
| 8 | 其他证明文件 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## 一、生殖与遗传罕见病基因综合检测诊断服务项目咨询响应函

致：赣州市妇幼保健院

（响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次投标有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受生殖与遗传罕见病基因综合检测诊断服务项目公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐

瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三、我方承诺：

四、与此次设备咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

## 二、生殖与遗传罕见病基因综合检测诊断服务项目报价一览表

响应供应商（公章） 单位：元

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **单价**  **（**元**）** | **检测周期** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系人及电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 时间：  年 月 日

## 三、生殖与遗传罕见病基因综合检测诊断服务项目技术服务方案（详细见咨询公告中技术服务要求，包括但不限于样本外送检测项目的技术参数、标本接收、保管及运送、样本检测、报告及周期要求、服务质量等方面）

## 四、法定代表人授权书

致:赣州市妇幼保健院

（响应供应商法定代表人名称）是 （响应供应商名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码） 代表我单位全权办理上述项目的咨询、投标、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消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消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**  粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

## 五、响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

致：赣州市妇幼保健院

我公司在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有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、较大数额罚款等重大违法记录。

特此声明。

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

## 六、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可

## 七、三年内服务于其他三甲医院中标通知书或合同资料（含价格）

**八、其他证明文件**