附件1

正（副）本

致：赣州市妇幼保健院

## 病理标本物流服务项目

## 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 | 病理标本物流服务项目咨询响应函 |  |
| 2 | 报价一览表 |  |
| 3 | 新生儿疾病筛查及产前筛查标本物流服务项目方案 |  |
| 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 | 五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、病理标本物流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病理标本物流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、病理标本物流服务项目报价一览表

响应供应商（公章） 单位：元

报价方式1：每月固定服务费，包含所以标本运输成本以及人员工资。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 每月固定服务费 | 每年总价 |
| 病理标本物流服务项目 |  |  |

报价方式2：标本收费按每人份计费，不得重复。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 单价（每人份） | 每年总价 |
| 病理标本物流服务项目 |  |  |

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

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

 时间：  年 月 日

## 三、病理标本物流服务项目方案（标本接收、保管及运送、服务质量等方面）

## 四、法定代表人授权书（非法人代表参与投标时提供）

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） 表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、五年内服务于其他三甲医院中标通知书或合同资料

**八、其他证明文件**