**附件一**

**投标人声明承诺函**

歙县人民医院：

我单位经仔细阅读和研究 “歙县人民医院护士鞋（春秋款）采购项目询价公告”，愿意完全接受公告中的所有条件和要求。

1、愿意提供公告中要求所有资料，并保证完全真实准确。

2、我单位在询价过程中的承诺及报价修改经单位代表签名认可后作为投标有效材料。

3、我单位如果未按标书要求、合同规定等提出的各项承诺履行义务，愿意接受视为主动违约方，并承担相应的的处罚。

4、我单位参加本次采购活动前3年内没有行贿犯罪记录，保证严格遵守《中华人民共和国招标投标法》及国家有关廉政规定，不向院方工作人员及其亲属赠送礼品、礼金（礼券）、有价证券，或提供无偿服务；不报销应由院方及其工作人员个人支付的费用；不宴请院方，不向甲方工作人员电话询问评标情况或施加任何影响。

投标文件中所有关于投标资格文件、附件材料说明及证明陈述均是真实准确的，若有虚假和违背，我公司愿意承担由此而产生的一切后果。

投标单位法人代表签字：

年 月 日

附件二

## 法定代表人身份证明

投标人名称：

单位性质：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （投标人名称）的法定代表人、经营者。

特此证明。

 投标人： （盖单位公章）

 年 月 日

注：需附法定代表人身份证复印件

**附件三：**

**授权委托书**

本授权书声明： (投标人名称)的 (法定代表人姓名、职务)代表投标人授权 (被授权人姓名、职务)为本投标的合法代理人，全权负责参加本项目的投标、签订合约以及与之相关的各项工作。本投标人对被授权人的签名负全部责任。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字或盖章：

职 务：

单位名称：

地 址：

代理人(被授权人)签字或盖章：

职 务：

单位名称：

地 址：

投标人名称(盖章)：

日 期：

注：需附委托代理人身份证复印件

**附件四**

**质量保证书**

我公司就“歙县人民医院护士鞋（春秋款）

采购项目”质量保证如下：

 投标单位：（章）

 法定代表人：（签字）

 日 期：

**附件五**

**售后服务承诺书**

我公司就“歙县人民医院护士鞋（春秋款）采购项目”服务承诺如下：

 投标单位：（章）

 法定代表人：（签字）

 日 期：

附件六：**投标报价总表（务必单独密封）**

|  |
| --- |
| 总报价人民币：（大写） 元。（小写） ￥ ；完成期限：自合同签订生效后 日历日内完成。供应商：姓名 身份证  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **技术参数** | 数量（双） | 单价（元） | 总价（元） | **备注** |
| 1 | 护士鞋（春秋款） | **整体外观：**要求平整、平服、清洁、对称。绷帮端正平服。鞋底牢固、平整。无明显感官缺陷。中国鞋号。**鞋面：**白色，同双鞋相同部位的色泽、厚度、花纹等基本一致，皮质采用头层软牛皮，皮料A级，厚度达到1.8mm-2.2mm之间。**鞋底：**高度3-4.5cm，同双鞋高矮对称，允差0.5mm；坡跟，双气垫底，抗震，回弹性好；底部为防滑牛筋贴片、耐磨。**内里**：纯天然猪皮内衬，透气性好，不捂脚。**鞋垫：5-6mm**猪皮乳胶鞋垫，有良好的吸湿倒汗性能，不臭脚。 | 500 |  |  | 1.提供的样品不准有任何生产厂家标志或商标（如有请投标方使用白色不透明胶布遮挡）；2. 鞋号规格等按照中华人民共和国工业和信息化部发布的QB/T 1002-2015《皮鞋》标准；3.实际采购鞋号大小及相应数量以采购人统计为准。 |
| 合 计 |  |  |  |  |

（1）总报价指：为完成本项目采购及服务内容所发生的各项全部费用。（包括设备采购、包装、运输、保险、装卸、安装、调试、验收、培训、售后、劳务、差旅、利润、税收等的全部责任和义务）。

（2）未单独列明的分项价格将视该项目的费用已包含在评估总报价中，合同执行中不另行支付。

（3）报价人报价要选用一次性报价，涂改和计算错误为无效报价，**评审均将以此为准，评审委员会保留一次现场询价的权利，但现场询价的报价必须低于第一轮报价，并以最终报价为准**。

报价人全称： （加盖公章）

授权代表签字：

日期： 年 月 日

7、附件七：护士鞋样品照片，医院拍摄图片仅供投标人参考，但不作为唯一选材依据。

 

 

