**云南省阜外心血管病医院**

**人脸识别系统建设项目院内磋商**

#  **（ ）项目**

 **编号：**

**响应文件**

**公司名称（盖章）：**

**地 址：**

**电话传真：**

**法定代理人或委托代理人：**

**日 期：**

**目录**

1.《医院人脸识别系统建设方案》及《响应产品报价清单》加法人签字（原件加盖公章）

2.《法定代表人身份证明书》（原件加盖公章）

3.《法定代表人授权委托书》（原件加盖公章）

4.《所提交材料真实性及法律责任承诺函》（原件加盖公章）

5. 供应商证（营业执照）（复印件加盖公章）

6.《产品质量承诺书》（原件加盖公章）

7.《类似项目业绩列表》（原件加盖公章）

8. 其他相关材料

备注：

请各响应人严格按响应文件模板格式及目录顺序制作响应文件，装订成册，每页加盖公司鲜章，每册加盖骑缝章。

**响应产品报价清单**

**公司名称（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **型号** | **包装单位** | **报价** | **生厂商** | **注册证号** | **注册证效期** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

投标人（加盖公章）：

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：

日期：

备注：加法人签章。

**例：**

**提交材料真实性及法律责任承诺函**

致：云南省阜外心血管病医院

我公司郑重承诺向云南省阜外心血管病呈递的：

 采购项目（包含文字材料、数据、图像样式、样品等）所有资料真实有效，复印件与原件一致，并对其真实性承担一切后果及相关法律责任。

公司（盖章）：

承诺人：

职务：

身份证号：

电话:

## 法定代表人身份证明书

投标人名称：

单位性质：

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。

特此证明。

投标人（加盖公章）：

日期：

**注:**

**1. 法定代表人出席开标会时，应提供本人居民身份证（如非中国国籍应提供护照）原件交由工作人员现场登记。**

**2. 在投标文件中附法定代表人居民身份证复印件。**

##

## 法定代表人授权委托书

本授权书声明：（投标人全称） 的法定代表人代表本公司授权（委托代理人姓名）为本公司合法代理人，就贵方组织的有关（项目名称）项目（项目编号： ）的招标，以本单位名义投标。代理人在本项目投标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我方均予承认。

代理人无转委托权。

投标人（加盖公章）：

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：

日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 附：  |   |
| 委托代理人姓名： |  |
| 职 务： |  |
| 居民身份证号码： |  |
| 详 细 地 址： |  |
| 电 话： |  |

**注:**

**1.委托代理人出席开标会时，应提供本人居民身份证（如非中国国籍应提供护照）原件交由工作人员现场登记。**

**2.在投标文件中附委托代理人居民身份证复印件。**

**类似项目业绩列表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 合作单位名称 | 金额（元） | 联系人 | 电话 | 签订时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：

1、投标文件中须提供业绩列表及相对应的业绩证明材料，业绩证明材料为中标通知书或服务协议或合同（合同首页、标的及金额所在页及合同签字盖章页的复印件加盖公章）。无证明材料或证明材料不明确、无法体现业绩内容的，不予认可。

2、投标人可根据实际情况拓展本表。

投标人（加盖公章）：

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：

日期：

（其余内容请自行按目录补充）