**[1、供应商具有独立承担民事责任的能力](#_Toc19385)**

具有独立承担民事责任的能力且具备向采购人提供相关服务的企业法人、其他组织,企业法人应提供统一社会信用代码的营业执照；其他组织应提供合法证明文件。

**[2、供应商授权合法的人员参加投标全过程](#_Toc3988)**

**2.1法定代表人身份证明书**

供应商名称： .

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 的法定代表人。

特此证明

法定代表人身份证复印件

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件  正反面 |

供应商： （公章）

年 月 日

**2.2法定代表人授权委托书**

注册于（工商行政管理局名称）之（供应商全称）法定代表人（姓名、职务）授权（被授权委托人姓名、职务）为本公司的合法代理人，就（项目名称）的磋商及合同的执行和完成，以本公司的名义处理一切与之有关的事宜。

附：被授权委托人姓名： 性别： 年龄： .

职 务： 身份证号码： .

通讯地址： .

邮政编码： .

电 话： 传真： .

法定代表人、被授权委托人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件  正反面 | 被授权委托人身份证复印件  正反面 |

供应商名称： （公 章）

法定代表人： （签字或盖章）

被授权委托人： （签 字）

授权日期： 年 月 日

**（注：本授权有效期为自授权之日起至投标有效期结束之日止）**

**2.3提供授权委托书中被委托人递交响应文件截止之日前连续6个月的社会保险缴纳证明（入职未满6个月，按实际入职时间提供社会保险缴纳证明；若入职时间短未缴纳社会保险，需提供劳动合同）**

**3、供应商具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度**

提供2023年度经审计的财务报告或开标前六个月内其基本账户银行出具的资信证明或财政部门认可的政府采购专业担保机构出具的担保函。

**4、供应商有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录**

提供2024年1月以来任意3个月依法缴纳税收和社会保险的相关证明材料；注：依法免税或不需要缴纳社会保险的供应商提供相关部门出具的证明文件。

**5、供应商具有履行合同所必需的设备和专业技术能力**

提供具有履行合同所必需的设备和专业技术能力的承诺。

**6、供应商参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录**

提供参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明。

**7、投标承诺**

单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动。

**8、声明函**

提供《中小企业声明函》；供应商为监狱企业的，应提供监狱企业相关资格证明材料；供应商为残疾人福利性单位的，应提供《残疾人福利性单位声明函》。

**8.1中小企业声明函**

本公司郑重声明，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（软件和信息技术服务业）；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（软件和信息技术服务业）；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： 年 月 日

**注：非中型、小型、微型企业可不填写此表。**

**1 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。**

**8.2监狱企业相关资格证明材料**

**注：非监狱企业可不填写此表。**

**8.3残疾人福利性单位声明函**

本单位郑重声明，根据《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》（财库〔2017〕141号）的规定，本单位为符合条件的残疾人福利性单位，且本单位参加\_\_\_\_\_\_单位的\_\_\_\_\_\_项目采购活动提供本单位制造的货物（由本单位承担工程/提供服务），或者提供其他残疾人福利性单位制造的货物（不包括使用非残疾人福利性单位注册商标的货物）。

本单位对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

单位名称（盖章）：

日 期：

**注：非残疾人福利性单位可不填写此表。**