**供应商资格证明文件**

1、基本资格条件：符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的规定；

（1）提供统一社会信用代码的营业执照或其他组织经营的合法凭证或自然人的提供身份证明文件。

（2）提供具有财务审计资质单位出具的2024年度完整的财务审计报告；或投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，以上形式的证明资料提供任何一种即可。

（3）提供已缴存的 2024年10月1日以来至少三个月的社会保障资金缴存单据或社保机构开具的社会保险参保缴费情况证明。成立时间至提交响应文件截止时间不足一个月或依法不需要缴纳社会保障资金的供应商应提供相关文件证明。

（4）提供已缴纳的 2024年10月1日以来至少三个月的纳税证明或完税证明，纳税证明或完税证明上应有代收机构或税务机关的公章或业务专用章。依法免税的供应商应提供相关文件证明。

（5）1.出具履行合同所必需的设备和专业技术能力的书面声明； 2.出具参加本次政府采购活动的书面声明。

2、特定资格条件：

（1）法定代表人授权委托书：法定代表人参加投标的，须提供法定代表人身份证明；法定代表人授权他人参加投标的，须提供法定代表人授权委托书，被授权代表本单位证明：开标截止前连续近三个月的养老保险缴纳证明。（法定代表人参加只需提供法定代表人身份证明）

（2）信用记录：经查，供应商未被列入“信用中国”网站记录的“失信被执行人”或“重大税收违法案件当事人”名单；不处于“中国政府采购网”记录的“政府采购严重违法失信行为记录名单”中的禁止参加政府采购活动期间。

（3）供应商与其他投标单位无交叉控股股东、无交叉兼任高级管理人员及涉嫌联合围标、串标行为，无采购单位和采购代理机构职工在该单位兼职的情况，不向采购单位和代理机构相关人员输送利益等行贿行为（提供承诺书）。

（4）本项目不接受西安市第一医院职工及其亲属投资开办的企业参与本医院的政府采购活动（提供承诺书）。

（5）提供所投产品的《医疗器械产品注册证》或备案证；

（6）供应商为生产厂家的须提供《医疗器械生产许可证》，供应商为代理商的须提供《医疗器械经营许可证》（投标产品须在其经营范围内）或《医疗器械经营备案证》及生产厂家的《医疗器械生产许可证》。

**供应商基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 | | |  | | | 法定代表人 |  |
| 统一  社会信用代码 | | |  | | | 邮政编码 |  |
| 授权代表 | | |  | | | 企业类型 |  |
| 上年营业收入 | | |  | | | 员工总人数 |  |
| 营业执照 | 注册号码 | |  | 注册地址 | |  | |
| 发证机关 | |  | 发证日期 | |  | |
| 营业范围  （主营） | |  | | | | |
| 营业范围  （兼营） | |  | | | | |
| 基本账户开户行及账号 | | |  | | | | |
| 资产总额（万元） | | |  | | | | |
| 资质名称 | | | 等级 | | 发证机关 | 有效期 | |
|  | | |  | |  |  | |
|  | | |  | |  |  | |
| 备注 | |  | | | | | |

供应商（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：

**（一）提供统一社会信用代码的营业执照或其他组织经营的合法凭证或自然人的提供身份证明文件**

提供扫描件或复印件加盖单位公章

**（二）财务状况报告**

提供扫描件或复印件加盖单位公章

**（三）社会保障资金缴纳证明**

提供扫描件或复印件加盖单位公章

**（四）税收缴纳证明**

提供扫描件或复印件加盖单位公章

**（五）出具履行合同所必需的设备和专业技术能力的书面声明**

致： （采购人名称） ：

我方作为 （项目名称） （项目编号： ）的供应商，在此郑重声明：

我方具备履行合同所必须的设备和专业技术能力。

如有不实，我方将无条件地退出本项目的采购活动，并遵照《政府采购法》有关“提供虚假材料的规定”接受处罚。

特此声明。

供应商（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：

**（六）参加政府采购活动的书面声明**

致： （采购人名称）

我方作为 （项目名称） （项目编号： ）的供应商，在此郑重声明：

1、在参加本次政府采购活动前 3 年内的经营活动中\_\_\_\_（填“没有”或“有”）重大违法记录。供应商在参加政府采购活动前 3 年内因违法经营被禁止在一定期限内参加政府采购活动，期限届满的，可以参加政府采购活动，但应提供期限届满的证明材料。

2、我方\_\_\_\_\_\_（填“未被列入”或“被列入”）失信被执行人名单。

3、我方\_\_\_\_\_\_（填“未被列入”或“被列入”）重大税收违法失信主体名单。

4、我方\_\_\_\_\_\_（填“未被列入”或“被列入”）政府采购严重违法失信行为记录名单。

如有不实，我方将无条件地退出本项目的采购活动，并遵照《政府采购法》有关“提供虚假材料的规定”接受处罚。

特此声明。

供应商（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：

**（七）特定资格**

**1、法定代表人身份证明**

供应商名称：

统一社会信用代码：

注册地址：

成立时间： 年 月 日；经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证  复印件 | 法定代表人身份证  复印件 |

供应商（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：

**2、法定代表人授权书**

陕西笃信招标有限公司：

注册于 （工商行政管理局名称） 之 （供应商全称） 的法定代表人 （姓名） 授权 （被授权人姓名） 为我方合法委托代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、递交、撤回、修改 （项目名称） 响应文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

代理人无转委托权。

供应商： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

年 月 日

本授权有效期：自开标之日起90日历日。

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件 | 法定代表人身份证复印件 |
| 被授权委托代理人身份证复印件 | 被授权委托代理人身份证复印件 |

说明：后附被授权代表本单位证明：开标截止前连续近三个月养老保险缴纳证明。

**3、供应商与其他投标单位无交叉控股股东、无交叉兼任高级管理人员及涉嫌联合围标、串标行为，无采购单位和采购代理机构职工在该单位兼职的情况，不向采购单位和代理机构相关人员输送利益等行贿行为（提供承诺书）**

致：（采购人名称）：

（-------公司）为在中华人民共和国境内合法注册并经营的机构。在此郑重承诺，我公司与其他投标单位无交叉控股股东、无交叉兼任高级管理人员及涉嫌联合围标、串标行为，无采购单位和采购代理机构职工在该单位兼职的情况，不向采购单位和代理机构相关人员输送利益等行贿行为。

供应商（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：

**4、本项目不接受西安市第一医院职工及其亲属投资开办的企业参与本医院的政府采购活动（提供承诺书）**

致：（采购人名称）：

（-------公司）为在中华人民共和国境内合法注册并经营的机构。在此郑重声明，我公司非采购人单位职工及家属投资开办，本公司法人、股东和经营管理人员非采购人单位职工及家属，特此承诺。

供应商（公章）：

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

日 期：

**5、提供所投产品的《医疗器械产品注册证》或备案证**

提供扫描件或复印件加盖单位公章

**6、供应商为生产厂家的须提供《医疗器械生产许可证》，供应商为代理商的须提供《医疗器械经营许可证》（投标产品须在其经营范围内）或《医疗器械经营备案证》及生产厂家的《医疗器械生产许可证》**

提供扫描件或复印件加盖单位公章