**资格证明文件**

**（一）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，并提供以下资料：**

（1）具有独立承担民事责任能力的法人或其他组织，提供有效存续的营业执照或事业单位法人证书或非企业专业服务机构执业许可证或民办非企业单位登记证书或自然人的身份证明；

（2）财务状况报告：提供经审计的2024年财务报告，包括 “四表一注”（即资产负债表、利润表、现金流量表、所有者权益变动表（没有可不提供）及其附注，成立时间至提交响应文件截止时间不足一年的可提供成立后任意时段的资产负债表）或在开标日期前六个月内其开户银行出具的资信证明，以上两种形式的资料提供任何一种即可（分支机构如无法提供财务审计报告，须出具包含分支机构的财务数据的总公司财务审计报告）；事业单位零余额账户提供相应证明；

（3）税收缴纳证明：提供已缴存的2024年5月起至少一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，单据或证明上应有社保机构或代收机构的公章或业务专用章。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）供应商须提供具有履行合同所必需的设备和专业技术能力的承诺；

（5）社会保障资金缴纳证明：提供已缴存的2024年5月起至少一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，单据或证明上应有社保机构或代收机构的公章或业务专用章。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；

（6）出具参加本次政府采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明；

**（二）特定资格条件：**

（1）法定代表人参加单一来源采购协商的提供法定代表人身份证明及身份证，委托代理人参加单一来源采购协商的提供授权委托书及委托代理人身份证；

（2）供应商须具有药品经营许可证；

（3）本项目不接受联合体响应（提供书面声明）。

**附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  正反面复印件 |

供应商（公章）：

法定代表人/授权代表（签字或盖章）：

日 期：

**法定代表人授权书**

**西安市卫生健康委员会/华睿诚项目管理有限公司**：

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、项目编号） 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。

本授权书有效期为自响应文件递交截止之日起 90 个日历日。

**说明：本授权有效期与响应文件有效期保持一致（自响应文件递交截止之日起不少于90个日历日）。**

供应商名称： （盖 章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号：

委托代理人： （签 字）

身份证号：

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件  （正反两面） | 授权代表身份证复印件  （正反两面） |