附件：未被列入黑名单声明函

**未被列入黑名单声明函**

致： （采购人名称） ：

（-------公司）未被列入市卫健系统或西安市第三医院“黑名单”。

投标人名称（盖章）： （单位全称）

法定代表人（签字或盖章） ：

日期： 年 月 日