**资格证明文件**

**供应商应具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件**

1.具有独立承担民事责任能力的法人、其他组织或自然人：法人参与的提供合法有效的营业执照；其他组织参与的提供合法证明文件；自然人参与的提供其身份证明;

2.财务状况证明:提供2023 年度或2024年度经审计的已赋码且完整的财务报告;(成立时间至提交磋商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)或财政部门认可的政府采购专业担保机构出具的担保函或在开标日期前一个月内其基本开户银行出具的资信证明(附开户许可证或开户备案证明或基本账户信息),以上形式的证明资料提供任何一种即可;

3.提供具有履行合同所必需的设备和专业技术能力的承诺;

4.税收缴纳证明:提供投标截止日前一年内任意一个月的依法缴纳税收的完税证明，完税证明应有税务机关或代收机关的公章或业务专用章。依法免税或无须缴纳税收的供应商，应提供相应证明文件;

5.社会保障资金缴纳证明:提供投标截止日前一年内已缴存的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,依法不需要缴纳社会保障资金的单位应提供相关证明材料;

6.供应商应出具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｡

**落实政府采购政策资格审查:专门面向中小企业采购**

**特殊资格审查**

1､法定代表人授权委托书:法定代表人授权书(附法定代表人､被授权人身份证复印件及被授权人磋商截止日前一年内已缴存的至少一个月的社会保障资金凭证),法定代表人直接参加磋商,须提供法定代表人身份证明及身份证复印件;

2、信用记录:供应商应在磋商截止日前未被列入失信被执行人､重大税收违法失信主体､政府采购严重违法失信行为记录名单(处罚期限届满的除外)(以“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)或中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)查询结果为准；

3、本采购包不接受联合体磋商。

法定代表人身份证明/法定代表人授权书

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:

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粘贴处  (正反面) |

供应商名称: (公章)

日期: 年 月 日

说明:仅限法定代表人参加时提供｡

法定代表人授权书

致:西安市鄠邑区中医医院/华夏国际项目管理有限公司

(供应商名称)按中华人民共和国法律于( 年 月 日 )注册｡ 法定代表人 姓名 特授权 被授权人姓名 代表我公司全权办理针对本次 项目名称､项目编号 的投标､签约等具体工作,并签署全部有关的文件､协议及合同｡

我公司对被授权人的签名负全部责任｡

本授权有效期与投标有效期一致｡

|  |  |
| --- | --- |
| 被授权人签字或盖章: | 法定代表人签字或盖章: |
| 职务: | 职务: |
| 身份证号: | 身份证号: |
| 所在部门: |  |

附:法定代表人､被授权人身份证复印件(正反面)

供应商名称: (公章)

日期: 年 月 日

说明:1.法定代表人直接投标时无需提供;2.被授权人磋商截止日前一年内已缴存的至少一个月的社会保障资金凭证｡

具有履行合同所必需的设备和专业技术能力的承诺

致:西安市鄠邑区中医医院

(供应商名称) 于 年 月 日在中华人民共和国境内 (详细注册地址) 合法注册并经营,本公司郑重承诺,具有履行本合同所必需的设备和专业技术能力｡

供应商名称: (加盖单位公章)

法定代表人或被授权人: (签字或盖章)

日 期: 年 月 日

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

(采购人名称):西安市鄠邑区中医医院

我方作为 (项目名称､项目编号)的供应商,在此郑重声明:

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｡

如有不实,我公司将无条件地退出本项目的采购活动,并遵照《中华人民共和国政府采购法》有关“提供虚假材料的规定”接受处罚｡

特此声明｡

供应商名称 (公章) :

法定代表人或其授权代表(盖章或签字):

日期: 年 月 日

注: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,但应提供相关证明材料｡