## 封面

项目名称：2020年广州市从化区卫生健康局信息设备维保项目

**投**

**标**

**文**

**件**

供应商全称（公章）：

地 址：

时 间：

## **投标函（格式一）**

致：（广州市从化区卫生健康局）：

（XXX投标人名称）系中华人民共和国合法企业，经营地址 。

（XXX）是（供应商全称）的法定代表人，我方愿意参加贵方组织的“2020年广州市从化区卫生健康局信息设备维保项目投标邀请”的投标，为此，我方就本次投标有关事项郑重声明如下：

1、投标方已详细审查全部招标文件，同意招标文件的各项要求。

2、我方向贵方提交的所有投标文件、资料都是准确的和真实的。

3、若中标，我方将按招标文件规定履行责任和义务。

4、我方不是采购人的附属机构。

5、投标书自开标日起有效期为45天。

6、以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果。

法定代表人签名（或签名章）： 日 期：

供应商全称（公章）：

## **报价一览表（格式二）**

供应商全称（公章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **数量** | **投标总价(元)** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

法定代表人签名（授权代表签名）：

日 期：

**法定代表人授权书（格式三）**

广州市从化区卫生健康局：

XXX是 （供应商全称）的法定代表人，现委托本单位在职职工XXX为授权代表，以我方的名义参加2020年广州市从化区卫生健康局信息设备维保项目投标邀请的投标活动，并代表我方全权办理针对上述项目的投标、开标、评标等具体事务和签署相关文件，我方对授权代表的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效，授权代表签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

授权代表无权转让委托权，特此委托。

授权代表签名： 职务：

授权代表身份证号码：

法定代表人签名（或签名章）： 职务：

供应商全称（公章）： 日 期：

附法定代表人身份证复印件并加盖公章、授权代表身份证复印件并加盖公章

## **项目业绩一览表 （格式四）**

供应商全称（公章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 采购单位名称 | 合同项目 | 合同金额（万元） | 合同签订时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：须附合同要点或验收报告扫描件

法定代表人或授权代表签名：

日 期：

## **项目实施人员汇总表（格式五）**

供应商全称（公章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 项目中担任角色 | 专业技术资格 | 参加本单位工作时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：须附认证证书或毕业证复印件

法定代表人或授权代表签名：

 日 期：