附件二

一、有效期内营业执照复印件（三证合一）

二、委托代理人及法定代表人的有效身份证明复印件

（一）法定代表人的有效身份证明复印件

（二）委托代理人的有效身份证明复印件

三、法定代表人授权委托书原件

(委托代理人是法定代表人的无需提供)

福建中医药大学附属第三人民医院：

兹委托 （身份证号码： ）全权代表我单位参加福建中医药大学附属第三人民医院合同包1（项目名称：2025年手术室层流空调维保服务）的市场调研，全权代表我方处理本次市场调研过程的一切事宜，包括但不限于报价、澄清、声明等。被授权人 在本次市场调研过程中所签署的一切文件，我方均予以认可并对此承担责任。

授权有效期自委托时间起90天内有效。

委托单位（盖章）：

法定代表人：

法定代表人联系电话：

被授权代表人：

被授权代表人联系电话：

委托时间： 年 月 日

四、三年内无违法记录书面声明

致福建中医药大学附属第三人民医院：

参加贵院组织的合同包1（项目名称：2025年手术室层流空调维保服务）的市场调研前三年内，我方在经营活动中没有违法记录，也无行贿犯罪记录，否则产生不利后果由我方承担责任。

 特此声明！

被授权代表（签字）：

联系电话：

报价单位（盖章）：

日期： 年 月 日

五、具备履行合同所必需设备和专业技术能力的声明函

致：福建中医药大学附属第三人民医院

 我方具备履行合同所必需设备和专业技术能力，否则产生不利后果由我方承担责任。

 特此声明。

1. 合同包中未要求提供相关“具备履行合同所必需设备和专业技术能力专项证明材料”的，须提供本声明函；
2. 合同包中要求提供“具备履行合同所必需设备和专业技术能力专项证明材料”且报价人已提交相关材料的，报价人呢可不提供本声明函；
3. 请报价人根据实际情况如实声明，否则视为提供虚假材料。

委托单位（盖章）：

法定代表人：

法定代表人联系电话：

被授权代表人：

被授权代表人联系电话：

委托时间： 年 月 日

六、方案书

（一）报价文件

1.报价一览表

 金额单位：人民币元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 项目名称 | 数量 | 单位 | 预算金额 | 报价人报价 |
| 1 | 2025年手术室层流空调维保服务 | 1 | 年 | 15万元 |  |
|  大写：人民币 万 仟 佰 拾 元 角 分 |  |

注：1.以上报价均已包含税费；

 2.本次报价有效期180天。

七、服务承诺书

致福建中医药大学附属第三人民医院：

我单位可以完全按照贵单位本次市场调研文件中合同包1 （项目名称2025年手术室层流空调维保服务）所约定的要求向贵单位提供相应服务，除所报价格外不再收取其他费用。

被授权代表（签字）：

联系电话：

报价单位（盖章）：

日期： 年 月 日