**附件1：**

**法定代表人（负责人）证明书**

四川省妇幼保健院：

 \_\_\_\_\_\_\_\_现任我单位\_\_\_\_\_\_\_\_职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：

附：代表人性别：\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_ 身份证号码：

注册号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 企业类型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

经营范围：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商(公章)：

地址：

法定代表/负责人（签名）：

日期： 年 月 日

法定代表人

**有效期内的**居民身份证复印件（正面） 粘贴处

法定代表人

**有效期内的**居民身份证复印件（反面） 粘贴处

**法定代表人（负责人）授权委托书**

**（如适用)**

四川省妇幼保健院：

本授权书声明：（法定代表人姓名）代表 （公司全称） 授权（姓名、职务）为我司的合法代理人，就四川省妇幼保健院\*\*\*项目，全权代表我司参与本项目市场调研、报名响应和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书自签字之日起生效，特此声明。

响应供应商(公章)：

地址：

法定代表/负责人（签名）：

授权代理人（签名）：

日期： 年 月 日

被授权人（授权代表）

**有效期内的**居民身份证复印件（正面） 粘贴处

被授权人（授权代表）

**有效期内的**居民身份证复印件（反面） 粘贴处

**附件2：**

**采购项目市场调研表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 供应商名称 |  | 供应商是否属于中小企业 | □是 □否 |
| 供应商电子邮箱 |  | 供应商电话 |  |
| 联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 近三年同类型项目业绩 | 成交单位名称 | 成交时间 | 成交价格（元） |
| 1、 |  |  |
| 2、 |  |  |
| 3、 |  |  |
| 相关产业发展情况 |  |
| 意向报价（元） |  |
| 人员配备 |  | 报告编制时间 |  |
| 供应商授权代表确认 | 我单位承诺提供的以上信息均属实，如有虚假，将承担相应责任。签字确认： 20 年 月 日 |

\*如表中的供应商是否属于中小企业选了“是”，需提供中小企业声明函（格式见下表）

|  |
| --- |
| **中小企业声明函** |
|  |
|  本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司（联合体）参加（单位名称）的（项目名称）采购活动，服务全部由符合政策要求的中小企业承接。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：1.（标的名称），承接企业为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；2.（标的名称），承接企业为（企业名称），从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；……以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。 企业名称（盖章）： 日期： 注：1.从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报2.供应商应当自行核实是否属于小微企业，并认真填写声明函，若有虚假将追究其责任。3.成交供应商享受中小企业扶持政策的，中标成交供应商的《中小企业声明函》随成交结果公开。 |