附件5：

**中山市黄圃人民医院**

**全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**

**响应文件**

**（正本/副本）**

**项目名称：****中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**

**响应人名称：**

**日 期： 年 月 日**

**响应文件目录（请附页码）**

一、自查表

1.1资格自查表

1.2符合自查表

1.3商务技术评审自查表

二、资格性文件

2.1 响应函

2.2 法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书

2.3资格声明函

2.4公平竞争承诺书/无围标、串标行为承诺书/无重大违法违纪行为承诺书

三、商务部分

3.1 商务条款响应表

3.2 供应商综合概况

四、技术部分

4.1实质性响应用户需求条款（“★” 项）响应表（如有）

4.2重要性响应技术条款（“▲” 项）响应表

4.3一般技术条款响应表

五、价格部分

六、其他响应资料

请附本采购项目采购公告“用户需求书”及“评审方案”要求的相关证明文件、方案

**一、自查表**

**1.1资格性自查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评审内容** | **自查结论** | **证明资料** | **备注** |
| 1 | 具有独立承担民事责任能力的在中华人民共和国境内注册的企业法人或其他组织或自然人。响应时提交有效的营业执照（或事业法人登记证或身份证等相关证明）副本复印件。分支机构参与的，须提供总公司和分公司营业执照副本复印件，总公司出具给分支机构的授权书。 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 2 | 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。（提供供应商资格信用承诺函（格式见采购公告附件2）） | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 3 | 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。（提供供应商资格信用承诺函（格式见采购公告附件2）） | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 4 | 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力。（提供《资格声明函》） | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 5 | 供应商参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；（提供供应商资格信用承诺函（格式见采购公告附件2）） | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 6 | 供应商必须符合法律、行政法规规定的其他条件。 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 7 | 供应商未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)“记录失信被执行人或重大税收违法案件当事人名单”记录名单；不处于中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)“政府采购严重违法失信行为信息记录”中的禁止参加政府采购活动期间。（以我院信息科于响应截止时间当天在“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）及中国政府采购网（http://www.ccgp.gov.cn/）查询结果为准，如相关失信记录已失效，供应商需提供相关证明资料）。 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 | 供应商无需提供，由我院招标采购办公室打印查询结果。 |
| 8 | 本项目不接受联合体响应；为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的报价人，不得再参加本采购项目的其他采购活动；单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同服务商，不得参加同一项目下的采购活动。（提供《资格声明函》） | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 9 | 响应供应商须无围标、串标行为。（提供《无围标、串标行为承诺书》) | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |

**注：**以上材料将作为供应商合格性和有效性审核的重要内容之一，供应商必须严格按照其内容及序列要求在响应文件中对应如实提供，在对应的“□”通过打“√”不通过标记为“×”。供应商认为有必要提交的其他文件可自行增加表格栏目。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**1.2符合自查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评审内容** | **自查结论** | **证明资料** | **备注** |
| 1 | 响应有效期符合要求 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 2 | 响应文件按采购文件要求签署、盖章 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 3 | 报价是唯一固定价且响应方案唯一 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 4 | 报价符合采购文件要求 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 5 | 报价无重大不合理 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 6 | “★”号条款满足采购文件要求 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |
| 7 | 没有其他未实质性响应采购文件要求 | □通过  □不通过 | 见响应文件第（ ）页 |  |

**注：**以上材料将作为供应商合格性和有效性审核的重要内容之一，供应商必须严格按照其内容及序列要求在响应文件中对应如实提供，在对应的“□”通过打“√”不通过标记为“×”。供应商认为有必要提交的其他文件可自行增加表格栏目。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**1.3商务技术评审自查表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评审分项** | **内容** | **证明文件（如有）** |
| 1 |  |  | 见响应文件（）页 |
| 2 |  |  | 见响应文件（）页 |
| 3 |  |  | 见响应文件（）页 |
| 4 |  |  | 见响应文件（）页 |
| 5 |  |  | 见响应文件（）页 |
| 6 |  |  | 见响应文件（）页 |
| 7 |  |  | 见响应文件（）页 |
| … |  |  |  |

备注：供应商应根据《商务技术评分表》的各项内容填写此表。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**二、资格性文件**

**2.1 响应函**

**响 应 函**

中山市黄圃人民医院：

依据贵方[**中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**]的采购文件要求，我方代表**（授权代表全名）**  经正式授权并代表**（供应商名称）** 提交响应文件正本 1 份、副本 2份。

在此，我方声明如下：

1. 我方已按采购文件的要求提供报价。

2. 我方的响应文件自响应截止之日起有效期为90天。成交供应商响应有效期延至合同履行完毕之日。

3. 我方已经详细地阅读了采购项目采购公告及其附件，包括澄清、修改文件（如果有）和所有已提供的参考数据以及有关附件。我方已完全清晰理解本项目采购的要求，不存在任何含糊不清和误解之处，同意放弃对这些文件所提出的异议和质疑的权利。

4. 我方已毫无保留地向贵方提供一切所需的证明材料。

5. 我方承诺在本次响应文件中提供的一切文件，无论是原件还是复印件均为真实和准确的，绝无任何虚假、伪造和夸大的成份，否则，愿承担相应的后果和法律责任。

6. 我方完全服从和尊重采购人所作的评定结果，同时清楚理解到报价最低并非意味着必定获得成交资格。

7. 我方如果成交，将按照采购文件要求及其澄清、修改文件（如果有）的要求及我方响应承诺，按质、按量、按期履行全部合同责任和义务。

以上内容如有虚假或与事实不符的，采购人可将我方做无效响应处理，我方愿意承担相应的法律责任。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**2.2 法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书（参考）**

**（1）法定代表人/负责人资格证明书**

致：中山市黄圃人民医院

同志，现任我单位 法定代表人 ，特此证明。

本证明书自签发之日起生效，有效期与本公司响应文件中标注的响应有效期相同。

签发日期： 年 月 日

单位： （公章）

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

联系电话：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

**(为避免废标，请供应商务必提供本附件）**

法定代表人身份证正面复印件或扫描件

法定代表人身份证反面复印件或扫描件

**（2）法定代表人/负责人授权委托书**

致：中山市黄圃人民医院

本授权书声明： （法定代表人姓名） 是 （供应商名称） 的法定代表人，现授权我单位的（被授权人的姓名） 为本公司的全权代理人，就“**中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**”项目采购的响应和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于 年 月 日签署生效，有效期与我单位响应文件中标注的响应有效期相同。特此声明。

授权单位： （盖章）

法定代表人： （签字或盖私章）

被授权人： （签字或盖私章）

附：代理人性别： 年龄： 职务： 身份证号码：

联系电话：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

3.**如响应文件由法定代表人签署的，则本表不适用**。

被授权代表身份证正面复印件或扫描件

被授权代表身份证反面复印件或扫描件

**2.3资格声明函**

**资格声明函**

致：中山市黄圃人民医院

关于贵方 **中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**采购公告，本签字人愿意参加响应，提供采购项目采购公告中规定的货物及服务，并证明提交的下列文件和说明是准确的和真实的。

1. 我方具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件并提供以下证明材料：（一）具有独立承担民事责任的能力；（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；（五）参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；（六）法律、行政法规规定的其他条件。
2. 我方为本次采购活动所提交的所有证明其合格和资格的文件是真实的和正确的，并愿为其真实性和正确性承担法律责任；
3. 我方是依法注册的法人，在法律上、财务上和运作上完全独立于 中山市黄圃人民医院 （采购人）；
4. 我方承诺：我单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不参加本次采购活动；
5. 我方承诺：我单位没有为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务；
6. 我方承诺：我单位非联合体响应；只以一个响应方案参与本次采购活动；未经采购人同意，不得转包或分包本项目。

我方承诺在本次采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我方承担。

特此声明！

备注：1.本声明函必须提供且内容不得擅自删改，否则视为无效响应。

2. 本声明函如有虚假或与事实不符的，作无效响应处理。

**（相关证明文件附后，并加盖供应商公章）**

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**附资格文件如下：请供应商按照采购公告“供应商资格要求”的内容列出，所提供的相关证明文件复印件必须加盖供应商公章 ，包括但不限于以下材料：**

1. 响应供应商必须是具有独立承担民事责任能力的在中华人民共和国境内注册的企业法人或其他组织或自然人。响应时提交有效的**营业执照**（或事业法人登记证或身份证等相关证明）**副本复印件**。分支机构参与的，须提供总公司和分公司营业执照副本复印件，总公司出具给分支机构的授权书。

2、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。（提供供应商资格信用承诺函（**格式见采购公告附件2**））

3、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；本项目不接受联合体响应；为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的报价人，不得再参加本采购项目的其他采购活动；单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同服务商，不得参加同一项目下的采购活动；响应供应商须无围标、串标行为。（提供《资格声明函》及《无围标、串标行为承诺书》，**格式见2.3资格声明函、2.4（2）**无围标、串标行为承诺书）

**2.4 公平竞争承诺书/无围标、串标行为承诺书/无重大违法违纪行为承诺书**

**（1）公平竞争承诺书**

本公司郑重承诺：本公司保证所提交的相关资质文件和证明材料的真实性，有良好的历史诚信记录，并将依法参与**中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**的公平竞争，不以任何不正当行为谋取不当利益，否则承担相应的法律责任。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**（2）**无围标、串标行为承诺书**（模板）**

**无围标、串标行为承诺书**

**中山市黄圃人民医院：**

本公司郑重承诺：本公司在参加本次**中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**活动中，无以下围标、串标行为。

1）不同供应商的响应文件由同一单位或者个人编制；

2）不同供应商委托同一单位或者个人办理响应事宜；

3）不同供应商的响应文件载明的项目管理成员或者联系人员为同一人；

4）不同供应商的响应文件异常一致或者报价呈规律性差异；

5）不同供应商的响应文件相互混装；

6）不同供应商的董事、监事、高管、单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位参加同一分包招标项目响应；

7）法律法规界定的其他围标串标行为。

如有发现我公司存在围标、串标行为，我公司愿承担一切法律责任。

特此承诺。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**（3）** 无重大违法违纪行为承诺书**（模板）**

**无重大违法违纪行为承诺书**

**中山市黄圃人民医院：**

本公司郑重承诺：本公司在参加本次**中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务**活动前3年内，在经营活动中没有重大违法违纪记录行为（重大违法记录，是指供应商因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。（较大数额罚款按照发出行政处罚决定书部门所在省级政府，或实行垂直领导的国务院有关行政主管部门制定的较大数额罚款标准，或罚款决定之前需要举行听证会的金额标准来认定）。

如有发现相关违法违纪行为，我公司愿承担一切法律责任。

特此承诺。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**三、商务部分**

**3.1 商务条款响应表**

**商务条款响应表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **实质性响应商务条款要求** | **是否响应** | **偏离说明** |
|  | 服务期限符合采购文件要求。 |  |  |
|  | 响应文件的有效期为提交响应文件的截止之日起90日历天内，如若成交，有效期延至合同履行完毕之日。 |  |  |
|  | 所提供的报价按采购文件要求计算且未超过采购预算。 |  |  |
|  | 报价内容均涵盖报价要求之一切费用和伴随服务。 |  |  |
|  | 完全理解并接受对供应商的各项须知、违约要求和责任义务。 |  |  |
|  | 同意采购方以任何形式对我方响应文件内容的真实性和有效性进行审查、验证。 |  |  |
|  | 同意本项目付款方式条款。 |  |  |
|  | 满足项目服务期限的要求。 |  |  |
|  | 实质性响应用户需求条款（“★” 项）  **说明：**如有“★” 项条款，请根据用户需求书内容，务必在“是否响应”栏列明具体响应情况，如无则直接打“○”。 |  |  |
|  | 其它商务条款偏离说明： | | |

注：对上述要求，如供应商完全响应，则请在“是否响应”栏内打“○”，对打“×”或空白项视为负偏离或不完全响应，请在“偏离说明”栏内扼要说明偏离情况。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**3.2 供应商综合概况**

**（一）供应商基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 地址 |  | | | | |
| 经济类型 |  | 法人代表 |  | 职务 |  |
| 邮编 |  | 电话 |  | 传真 |  |
| 单位简介 |  | | | | |
| 经营范围 |  | | | | |

**（二）同类项目业绩（如有）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **委托单位** | **项目名称** | **合同金额** | **合同签订时间** | **联系人及联系方式** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

注：业绩是必须供应商承接的同类项目，响应文件应根据评审要求提供项目合同等相关证明复印件，复印件加盖单位公章。

**（三）供应商资质、认证及社会信誉证书（如有）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **证书名称** | **颁发机构** | **发证日期** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |

注：提供证书或相关证明材料复印件，复印件加盖公章。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**四、技术部分**

## 4.1实质性响应用户需求条款（“★” 项）响应表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购项目采购公告条款描述** | **响应情况** | **是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离）** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

## 4.2重要性响应技术条款（“▲” 项）响应表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购项目采购公告条款描述** | **响应情况** | **是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离）** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

注：“响应情况”如有负偏离请详细描述，无负偏注明“无负偏离”或“正偏离”，“正偏离”需说明情况。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**4.3一般技术条款响应表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购项目采购公告条款描述** | **响应情况** | **是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离）** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

注：如有负偏离请详细描述，无负偏注明“无负偏离”或“正偏离”，正偏离需详细说明。“响应情况”如空白视同无偏离。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**五、价格部分**

**表1：总报价**

项目名称：中山市黄圃人民医院人力资源管理系统

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | **报价（元）** |
| 中山市黄圃人民医院人力资源管理系统 | 大写：  小写： |

**备注：1、报价保留小数点后2位，四舍五入，大小写不一致的以大写为准。**

**2、货币单位为人民币。**

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**表2：分项报价表（如有）**

项目名称：中山市黄圃人民医院全国严重创伤救治信息交互联动系统服务

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 分项内容 | 分项价格 | 备 注 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 合计 | 大写：  小写： | | |

**注：**

1.如果分项报价与总报价不一致，以分项报价的汇总价为准。

2.如果以上内容无法满足供应商对报价描述，可自行添加包含在价格因素内的一切内容。

3.分项报价的汇总价应等于总报价。

4.该表格式仅作参考，供应商的分项报价表格式可自定。

**六、其他响应资料**

请将本采购项目“用户需求书”及“评审方案”要求的相关证明文件、方案附在此页（根据项目要求提供）：

1.“用户需求书”及“评审方案”要求提供的证明文件。

2.技术方案、项目实施方案、应急预案、售后服务方案。

……