**附件1**

供应商基本情况

|  |
| --- |
| **参与推介项目名称：** |
| 公司名称 | 联系人 | 联系电话 | 电子邮箱 | 公司地址 |
|  |  |  |  |  |

备注：本模板仅用于参与本项目（住院患者生命体征智慧采集监测预警平台）阳光推介会报名用。

（一）法人资格证明

1.合法有效的三证合一营业执照正本复印件（加盖公章，有效期需覆盖2025年）；

2.法定代表人身份证复印件、联系方式及公司授权委托书（如非法人本人办理）。

**法定代表人身份证明书(格式)**

**致：重庆医科大学附属口腔医院**

(法定代表人姓名)在(供应商名称)任(职务名称)职务，是(供应商名称)的法定代表人。

特此证明。

(供应商公章)

年 月 日

(附：法定代表人身份证正反面复印件)

**法定代表人授权委托书(格式)**

**致：重庆医科大学附属口腔医院**

(供应商法定代表人名称)是(供应商名称)的法定代表人，特授权(被授权人姓名及身份证代码)代表我单位全权办理上述项目的阳光推介等具体工作。

我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

供应商法定代表人： 授权代理人：

(签字或盖章)

(签字或盖章)

(供应商公章)

年 月 日

(附：被授权人身份证正反面复印件)

（二）基本资格条件承诺函(格式)

**基本资格条件承诺函（格式）**

**致：重庆医科大学附属口腔医院**

(供应商名称)**郑重承诺:**

1. 我方具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，具有履行调研所必需的设备和专业技术能力，具有依法缴纳税收和社会保障金的良好记录，参加本此阳光推介前三年内无重大违法活动记录。

2.我方未列入在信用中国网站(www.creditchina.gov.sn)“失信被执行人”、“重大税收违法案件当事人名单”中，也未列入中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)“政府采购严重违法失信行为记录名单”中。

我方对以上承诺负全部法律责任。

特此承诺。

(供应商公章)

年 月 日