**附件1**

温州医科大学附属眼视光医院

生安眼询价采购

**报价文件**

正（副）本

报 价 人 名 称：

 （加盖企业公章）

采 购 编 号：

项 目 名 称：

年 月 日

**附件2**

**报价一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 生安眼 |
| 项目报价（小写） |  元 |
| 项目报价（大写） | 元 |
| 投标人（公章）：法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）： 年 月 日 |

以上报价内容包括：商品购置费、包装费、运输费、装卸费、保险费税费等服务方认为的一切费用。最终结算金额不得超过本次采购预算（9.95万元）。

**附件3**

 **资格证明文件**

**（1）法定代表人授权书**

 温州医科大学附属眼视光医院：

 （报价人全称）法定代表人 授权 （全权代表姓名）为全权代表，参加采购编号 项目名称 的报价活动，全权代表我方处理采购活动中的一切事宜。

法定代表人 (签字)：

 报价人全称（公章）：

 日期： 年 月 日

附：

授权代表姓名（签字）：

 身份证：

职务：

详细通讯地址：

手机：

电话：

传真：

邮政编码:

**附件4**

**承诺函**

温州医科大学附属眼视光医院：

我方 参与 采购活动，针对投标人资格要求做如下承诺：

1. 我方具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
2. 我方具有履行本项目合同所必需的设备和专业技术能力；
3. 我方没有缴纳税收和社会保障等方面的失信记录；
4. 我方在参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录（没有因违法经营受到刑事处罚，没有被责令停产停业、被吊销许可证或者执照、被处以较大数额罚款等行政处罚，没有因违法经营被禁止参加政府采购活动的期限未满情形）

我方对上述承诺内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

**中标人名称（盖章） ：**

**法定代表人或授权代表（签字或盖章）**

**日期：2023 年 月 日**