**投标文件格式**

注明正本或副本

**滁州市第一人民医院 项目**

**投**

**标**

**文**

**件**

**投标人： （盖单位章）**

**法定代表人或其委托代理人： （签字）**

**联系人姓名： 联系电话：**

**年 月 日**

**法定代表人身份证明或授权委托书**

1、法定代表人身份证明

投标人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 系 （投标人名称）的法定代表人。

特此证明。

投标人： （盖单位章）

年 月 日

2、授权委托书（如法人投标 此条忽略）

本人 （姓名）系 （投标人）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 “ ”(项目名称、编号）招标文件，全权处理与该项目投标、评审答疑、签订合同以及与合同执行有关的一切事务，其法律后果由我方承担。

委托期限：

代理人无转委托权。

附：委托代理人身份证明

投标人（盖单位章）：

法定代表人 （签字或盖章）：

委托代理人（签字或盖章）：

年 月 日

**服务承诺书**

致： （招标人）：

本承诺声明： （投标人名称）对本招标文件的相关要求完全响应。若有幸中标将严格按照以上承诺进行服务。

特此声明。

法定代表人或代理人（被授权人）签字或盖章：

投标单位名称： （公章）

日 期：

**投标清单（商务标）**

滁州市第一人民医院

日常基建、维修项目结算审计报价表

招标人：滁州市第一人民医院

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **最高限价** | **投标报价** | **备注** |
| 1 | 基本费用费率 | 0.34% |  |  |
| 2 | 审核费用费率 | 5% |  |  |
| 3 | 跟踪审计费用费率 | 1% |  |  |
| 注：1、各项报价不能高于最高限价，否则按废标处理。  2、服务期：24个月，以签署合同日期为准。 | | | | |

法定代表人或

委托代理人签字：

投标单位名称：（盖单位章）

日 期：

**清廉投标承诺书**

滁州市第一人民医院纪委：

为了积极配合贵院进行的 （招标名称）招标工作，有效遏制不公平竞争和违规违纪问题的发生，确保招标工作的公平、公正、公开，我们保证认真贯彻《招投标法》等相关规定以及有关廉洁要求，特向贵院纪委郑重承诺：

一、我公司任何工作人员绝不以任何理由主动向贵院任何领导和职工行贿。

二、贵院如有任何人员向我公司工作人员索要钱物，我公司人员会坚决拒绝并立即向贵院纪委书面举报。

三、我公司绝不使用不正当手段妨碍、排挤其它投标公司或串通投标。

如果有违上述三项承诺，我公司将独自承担所有的法律后果。同意被废除投标。

投标单位名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日 期：

**证明材料：**

1、营业执照、工程造价资质证书复印件加盖公司公章。

2、法定代表人、授权委托人身份证复印件加盖公司公章。

3、其他材料（如有）。