南通市第二人民医院医用耗材、试剂等耗材遴选采购

**参选承诺函**

**致南通市第二人民医院：**

本企业（企业全称，以下简称本企业） 在阅读了南通市第二人民医院医用耗材遴选了解公告及相关附件后，决定按照要求报名参选并承诺如下：

1、本企业已详细阅读研究了遴选采购公告及附件，我们完全理解并认可贵院的遴选原则及阳光采购流程，同意放弃对这方面有不明及误解的权利。

2、本企业保证在贵院遴选过程中所提供的与参选产品相关的生产经营资质、产品资料、医院使用要求与限制、使用物料成本以及收费等方面的信息真实、全面、有效，如有违反，愿承担相应责任。

3、本企业保证近两年内，在生产和经营活动中无严重违法违纪记录，并保证在本次遴选采购过程中没有任何违法违规行为。

4、如果本企业参选的产品入选，本企业保证严格遵守江苏省有关医用耗材阳光采购相关规定以及贵院耗材配送流程及时、足量配送产品并保证实际供货价为全省最低价。

5、参选或供货期间，若产品在政府医用耗材阳光交易平台重新进行了招标、价格动态调减、带量采购等，本企业同意积极配合并承诺接受最终结果。

6、本企业同意医用耗材、检验试剂通过贵院SPD系统配送。

7、本企业同意如遴选中本企业的耗材经使用无法满足临床要求或者无法按时保质保量供应，则无条件终止供货，由医院重新选择产品。

8、如果违反以上承诺，本企业愿意承担违约责任。

9、每天有专人与医院工作人员对接，按医院要求收取模型及送货验收。

企业名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日

法定代表人授权书

致南通市第二人民医院：

本授权书声明，注册于 （企业住所）的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（企业名称）的 （法定代表人姓名）代表本企业授权 （被授权人姓名、身份证号码）为本企业的唯一合法代理人，全权代表本企业负责处理有关医用耗材销售、使用、售后服务、结算等工作，包括商务洽谈、签订合同或协议、履行约定以及工作联系等。本企业认可被授权人签字的文件或承诺对本企业具备法律效力。

授权有效期限： 年 月 日起至 年 月 日结束。

法定代表人签字： 法人联系电话：

被授权人签字： 被授权人电话：

企业固话： 业务邮箱：

出具授权日期：

企业公章：

**被授权人**

**照片面清晰复印件**

**法定代表人**

**照片面清晰复印件**

南通市第二人民医院

遴选项目了解情况一览表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **参与供应商全称**  **（盖章）** |  | | |
| **授权代表姓名** |  | | |
| **联系电话** |  | | |
| **项目名称** | 口腔科耗材遴选项目 | 项目编号 | NTEYHCGG2024002 |
| **公司承诺** | 1. 我公司已详细阅读附件中报名须知内容，并完全接受； 2. 我公司已详细阅读参选承诺函，并承诺完全接受； | | |
| **是否提供临床技术支持（具体描述）** |  | | |
| **是否为临床提供紧急服务（具体描述）** |  | | |
| **南通崇川区用户** |  | | |
| **江苏省内典型用户** |  | | |
| **同档次竞品品牌** |  | | |
| **备注** |  | | |