1.企业法人营业执照、税务登记证、组织机构代码证复印件或三证合一复印件；

## 2.供应商基本情况表及供应商基本情况表附件

## **供应商基本情况表**

填表单位：（加盖单位公章） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购人 | | 深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院 | | | | | |
| 项目名称 | | 报废医疗设备进行残值评估及回收项目 | | 项目编号 | | CLF0125SZ01QY96 | |
| 投标（响应）供应商 | |  | | 供应商统一社会 信用代码 | |  | |
| **投标（响应）供应商相关人员情况** | | | | | | | |
| 序号 | 职务 | | 姓名 | 身份证号码 | | 劳动合同 关系单位 | 缴纳社会 保险单位 |
| 1 | 法定代表人/单位负责 人/主要经营负责人 | |  |  | |  |  |
| 2 | 项目投标授权代表人 | |  |  | |  |  |
| 3 | 项目负责人 | |  |  | |  |  |
| 4 | 主要技术人员 | |  |  | |  |  |
| 5 | 投标文件编制人员 | |  |  | |  |  |
| **说明：同一职务有多人担任（如主要技术人员），应分行填写。** | | | | | | | |
| **投标（响应）供应商关联关系情况** | | | | | | | |
| 序号 | 关联关系类型 | | 关联主体名称 | | 备注 | | |
| 1 | 控股股东 | |  | | 指出资额（或持有股份）占投标（响应）供应商资 本总额（或股本总额）50%以上的股东，以及出资额 （或持有股份）的比例虽然不足 50%，但依其出资额（或持有股份）所享有的表决权已足以对投标（响 应）供应商股东会（或股东大会）的决议产生重要 影响的股东。 | | |
| 2 | 管理关系 | |  | | 指对投标（响应）供应商不具有出资持股关系，但对其存在管理关系的主体。 | | |
| **说明：同一关联关系类型有多个主体的，应分行填写。** | | | | | | | |

**注**：

1.主要经营负责人即实际控制人，是指通过投资关系、协议或者其他安排，能够实际支配公司行为的人。

2.如未有相关情况，请在相应栏填写“无”。

3.投标供应商应如实申报本单位控股及管理关系人员信息，如存在隐瞒真实情况，提供虚假资料的，经查实，主管部门将依据《深圳经济特区政府采购条例》第五十七条的规定进行处罚。

## 《供应商基本情况表》附件

**投标时需提供《供应商基本情况表》附件，该要求作为供应商资格性审查的证明材料。**

注：

1.投标供应商如实提供上述人员的社会保险证明，如上述人员的社会保险未由投标供应商缴纳，亦需提供相应单位为其缴纳的社会保险证明。

2.投标供应商为新成立企业且成立时间不足一个月可提供加盖投标供应商公章的情况说明或者证明材料亦视为符合。

3.若为退休人员，提供退休证明。

4.如依法不需要缴纳社会保险的，提供相应文件证明。

5.若因为社保部门或税务部门原因无法提供的，需提供劳动合同及社保部门或税务部门官方通知证明（或官网公告截图）。

6.如本项目未安排项目投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员的，无需提供投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员的社保。

7.主要经营负责人即实际控制人，是指通过投资关系、协议或者其他安排，能够实际支配公司行为的人。如投标供应商无主要经营负责人的，无需提供主要经营负责人的社保。

**8.请供应商按以下格式提供上述涉及人员近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳情况以及企业股权关系证明。（注：以下内容将作为评审委员会和主管部门判定本项目不同投标供应商是否涉嫌、属于串通投标的重要依据，请供应商认真填报，并保证所填信息的真实、准确和完整。）**

**（1）社保缴纳情况证明材料：**

1. **法定代表人**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **单位负责人（如有）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **主要经营负责人（如有）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **项目投标授权代表人**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **项目负责人**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **主要技术人员（有多人担任，应分行填写）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **投标文件编制人员（有多人担任，应分行填写）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

**（2）企业股权关系证明材料（投标人根据自身情况提供证明材料）：**

### 3.法定代表人证明书

### **法定代表人（负责人）证明书**

同志，现任我单位 职务，为法定代表人（负责人），身份证号： 联系电话： 特此证明。

说明：

1、法定代表人为投标人（企业事业单位、国家机关、社会团体）的主要行政负责人。

2、本证明书要求投标供应商同时提供法定代表人（负责人）的身份证扫描件（正反两面）作为附件方为有效。

3、本项目投标授权代表为法定代表人（负责人）的，无需提供《投标文件签署授权委托书》。

4、内容必须填写真实、清楚，涂改无效，不得转让、买卖。

附：

代表人性别： 年龄： 身份证号码：

统一社会信用代码： 经济性质：

经营范围：

投标人名称： （盖章）

附：法定代表人身份证扫描件

居民身份证扫描件粘贴处

（人像面）

居民身份证扫描件粘贴处

（国徽面）

**注：投标人须额外开具《法定代表人证明书》原件，投标人代表递交投标文件并出席开标环节时应携带身份证、《法定代表人授权书》及《法定代表人证明书》原件供采购代理机构工作人员核对身份信息。**

4.法定代表人授权书

**法定代表人授权书**

致：深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院

本授权书声明：注册于中华人民共和国的　　　　　　（投标人名称）在下面签

字的　　　　　　（法定代表人姓名、职务）代表我方授权在下面签字的

（被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代表人，以本公司名义负责处理深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院 设备购置项目采购活动中相关谈判采购事务，被授权人签署的所有文件资料，我公司全部接受并无异议。

本授权书于　　年　 月　日签字生效，有效期与本项目我方投标有效期一致，特此声明。

投标人（公章）:

法定代表人（签字或签章）：

被授权人（签字）：

附：被授权人身份证扫描件

居民身份证扫描件粘贴处

（人像面）

居民身份证扫描件粘贴处

（国徽面）

**注：投标人须额外开具《法定代表人授权书》原件，投标人代表递交投标文件并出席开标环节时应携带身份证、《法定代表人授权书》及《法定代表人证明书》原件供采购代理机构工作人员核对身份信息。**

5.诚信声明函（格式见附件）。在三年内（自招标公告发布之日起倒推），通过“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”（www.ccgp.gov.cn）、“深圳市政府采购监管网”（zfcg.sz.gov.cn）三个渠道查询供应商信用记录查询有失信记录，被取消中选资格的，与招标人有合同纠纷，或被索赔过的投标人的投标将被拒绝，需提供查询记录截图；

注意：声明函及三个渠道查询供应商信用查询记录截图均须提供。