**报 名 登 记 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | 中山大学附属第五医院冷冻治疗仪采购项目 | **报名日期** | 年 月 日 |
| **报 名 人 资 料** | **报名单位****名称（盖章）** |  | **纳税人识别号****（必填）** |  |
| **地址** |  |
| **报名联系人** | **姓名** | **固定电话** | **邮箱** | **手机** |
|  |  |  |  |
| **备注** | 在以下选项中打√：□确认贵单位具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条所规定的条件。□提供资格条件承诺函。□提供与应选人存在关联关系的单位名称说明。 |

**资格条件承诺函**

我方*（供应商名称）*符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款第（二）项、第（三）项、第（四）项、第（五）项规定条件，具体包括：

1.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

2.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

3.具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

4.参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

我方对上述承诺的真实性负责，在评审环节结束后，自愿接受采购单位（采购代理机构）的检查核验，配合提供相关证明材料，证明符合《中华人民共和国政府采购法》规定的供应商基本资格条件。如有虚假，将依法承担相应法律责任。

特此承诺。

供应商名称（公章）

 日期：

说明：

1、本承诺函必须提供且内容不得擅自删改，否则视为无效投标；

2、本承诺函如有虚假或与事实不符的，作无效投标处理。

**与应选人存在关联关系的单位名称说明**

一、与我方的法定代表人/负责人为同一人的单位名称如下：

` `二、我方的控股股东名称如下（我方的母公司、对我方直接或间接持股50％及以上的投资单位）：

` `

三、我方直接控股的单位名称如下（直接或间接持股50％及以上的被投资单位）：

` `

四、与我方存在管理、被管理关系的单位名称如下：

 ` `我方承诺上述有关联关系的单位不参与本项目的响应，如有参与响应，我方响应文件为无效响应文件。

应选人（名称及公章）：

法定代表人（签名或印章）：

日期： 年 月 日

说明：

有以上情况的单位名称请应列尽列，若无相关情况请填写“无

**声 明 函**

本司未对该采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务，特此说明。

应选人（名称及公章）：

法定代表人（签名或印章）：

日期： 年 月 日

**提供报名表所述其他材料（营业执照复印件、同类项目业绩等）及响应人认为应当提交的其他材料。（自行编辑，格式自拟）**