**格式1**

**封面：**

**xxxxx项目**

**供应商名称：**

**时间： 年 月 日**

**格式2**

法定代表人授权委托书

**本法定代表人授权委托书声明：**

我 （姓名）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权委托 （授权代表姓名） （在本单位职务） 为我公司代理人，以我公司的名义参加 （项目名称及项目编号）的调研活动。代理人在调研过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

本授权书不得转委托。

此处粘贴法定代表人

身份证人像面

此处粘贴法定代表人

身份证国徽面

此处粘贴授权代表

身份证人像面

此处粘贴授权代表

身份证国徽面

供应商： （公章）

法定代表人： （签字/盖章）

授权代表： （签字）

日 期： 年 月 日

**格式3**

承诺函

致成都第一骨科医院：

我方 （参加调研单位名称）参加 （项目名称）的市场调研活动，现承诺：

一、我方满足本项目的基本资格要求（包括1.具有独立承担民事责任的能力；2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；5.参加本次遴选活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录；6.法律、行政法规规定的其他条件。），并完全满足相关产品授权及商务要求。

二、所递交的耗材报价汇总表、市场调研响应文件及证明材料相关内容均如实填写，并真实准确，若在调研工作中发现我方所提供的材料不真实，则我方的参调无效；若取消我方的调研资格，我方不会有异议。

三、如参调产品为四川省医疗保障信息大数据一体化平台药品和医用耗材招采管理子系统挂网产品，我方同时承诺其响应供货价格不高于平台各项参考价格。

四、产品价格如遇国家政策性调整，我方会立即按照国家相关要求调整价格。如我方未按规定及时调整价格，经查实，医院有权取消我方的参调资格。

五、若签订供销合同，在合同履行过程中相关检查项目收费标准如遇国家政策性上调，对应产品供货价格不变；相关检查项目收费如遇国家政策性下调，我方愿意在第一时间按收费标准下调比例下调对应产品的供货价格。我方如未按规定及时下调供货价格，经查实，医院有权取消我方的供货资格。

六、一旦我方中选，保证按医院物流软件管理要求完成相关工作。

七、一旦我方中选，我方将按采购人要求签订合同。

八、我单位承诺：截至调研截止日未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、采购严重违法失信行为记录名单。

九、我方将严格按照相关法律法规的要求参与医院调研、采购活动，积极配合医院营造风清气正的亲清营商环境。不以现金、红包、回扣、有价证券、贵重礼品等任何形式影响采购人采购行为。

十、我公司郑重承诺：不组织、不参与任何陪标、围标、串标行为；绝不以他人名义参与调研，不以任何弄虚作假的方式参加调研。

如违反以上承诺，我方愿承担一切法律责任。

调研申请人名称： （盖章）

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**格式4**

响应方和参调产品其他资格、资质性及其他类似效力要求的相关证明材料

注：供应商应按公开调研公告相关要求提供佐证材料，有格式要求的从其要求，无格式要求的格式自拟。