启东市人民医院医用耗材遴选采购

**参选承诺函**

**致启东市人民医院：**

本企业（企业全称，以下简称本企业） 在阅读了启东市人民医院医用耗材遴选采购公告及相关附件后，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、如果违反以上承诺，本企业愿意承担违约责任。

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

致启东市人民医院：

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**