**论证文件封面格式**

**论证文件**

**（正本/副本）**

**项目名称：**佛山市中医院门诊药房智能化管理项目

**项目编号：**

**报名单位：**

**地址：**

**联系人：**

**联系电话：**

**日期：年月日**

# 附件1详细评审索引目录表

详细评审索引目录表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文件类型 | 序号 | 文件名称 | 提交情况 | 页码范围 | 备注 |
| 有 | 无 |
| **报名单位****基本资料** | 1 | 详细评审索引目录表（附件1） |  |  |  |  |
| 2 | 报名单位情况说明（附件2） |  |  |  |  |
| 3 | 企业法人《营业执照》复印件（如非“三证合一”证照，同时提供税务登记证及组织机构代码证副本复印件） |  |  |  |  |
| 4 | 《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》复印件 |  |  |  |  |
| **符合性资料****（加盖公章）** | 5 | 授权委托书（附件3） |  |  |  |  |
| 6 | 项目技术要求响应表及证明文件（附件4） |  |  |  |  |
| **评审内容文件****（加盖公章）** | 7 | 注册资本 |  |  |  |  |
| 8 | 企业荣誉 |  |  |  |  |
| 9 | 财务状况 |  |  |  |  |
| 10 | 经营范围 |  |  |  |  |
| 11 | 专业资质 |  |  |  |  |
| 12 | 质量管理制度 |  |  |  |  |
| 13 | GSP检查情况 |  |  |  |  |
| 14 | 药品储存、供应保障方面证明材料 |  |  |  |  |
| 15 | 同类项目业绩 |  |  |  |  |
| 16 | 服务方案 |  |  |  |  |
| 17 | 智能化设备配备清单 |  |  |  |  |
|  | 18 | 报价单（另行封装） |  |  |  | 参加谈判会时提交 |

# 附件2报名单位基本情况说明

**报名单位基本情况说明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 组织机构代码 |  |
| 注册地址 |  | 注册登记号 |  |
| 经营地址 |  | 税务登记证号 |  |
| 单位性质 |  | 注册资本 |  |
| 经营范围 |  | 营业期限 | 年月- 年月 |
| 资质情况 |  |
| 员工数量 | 共人，其中，高级职称人，中级职称人 |
| 联系电话 |  | 传真 |  |
| 主要业绩 |  |
| 法定代表人基本情况 |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 学历 |  |
| 备注: |

**兹证明上述声明是真实、正确的，并提供了全部能提供的资料和数据，我们同意遵照贵方要求出示有关证明文件。**

报名单位法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

报名单位名称（签章）：

日期：20 年月日

# 附件3法定代表人授权书

**法定代表人授权书**

**致：XX医院**：

兹授权（委托代理人姓名）为我方委托代理人，其权限是：办理“佛山市中医院门诊药房智能化管理项目”【项目编号: 】的论证事宜。本授权书有效期与本公司论证文件中标注的有效期相同，自法定代表人签字之日起生效。

附：代理人性别：年龄：职务：

　　身份证号码：

　　（营业执照等）注册号码：

法定代表人（负责人）：（签字或盖私章）

授权单位（单位公章）：

委托代理人：（签字或盖私章）

二〇年月日

（**备注**：论证会签字代表为法定代表人，则本表不需提交）

被授权人身份证复印件贴于此处

#

# 附件4项目技术要求响应表

**响应表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目技术要求** | **是否响应** | **偏离说明** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| …… | …… |  |  |

注：对于上述要求，如报名单位完全响应，则请在“是否响应”栏内打“√”，对空白或打“×”视为偏离，请在“偏离说明”栏内扼要说明偏离情况。

报名单位法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

报名单位名称（签章）：

日期：年月日

#