南京市第二医院

传染科质控系统

报

名

文

件

单位名称：（盖单位章）

法定代表人或其委托代理人：（签字）

年月日

# 目录

一、项目报名表 （页码）

二、营业执照 （页码）

三、法定代表人身份证明/授权委托书 （页码）

四、信用中国网站截图……………………………………………（页码）

五、相关业绩……………………………………………………………（页码）

六、相关资质……………………………………………………………（页码）

七、其他材料……………………………………………………………（页码）

# 一、南京市第二医院院内调研报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | **传染科质控系统** |
| 报名单位信息 | 名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 法定代表人 |  |
| 报名人信息 | 姓名 |  |
| 身份 | □法定代表人□委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 承诺 | 本单位自愿参与贵院该项目的院内调研活动，保证报名材料及其后提供的一切材料都是真实的、准确的、有效的，并按照贵院有关规定和要求参与院内调研活动，否则贵院有权取消本单位的报名资格。同时，当报名单位较多时，贵院有择优选择邀请供应商的权利，对此表示理解和认可。此外，若因在规定时间内报名材料未及时提交或提交不全等因素造成的报名审核未通过，由本单位自行承担相应后果。单位：（盖章）签名： |
| 其他说明情况 |  |

# 二、单位营业执照

# 三、法定代表人身份证明/授权委托书

**法定代表人身份证明**

单位名称：

单位性质：

地址：

成立时间：

经营期限：

姓名：性别：年龄：职务：身份证号码：系（单位名称）的法定代表人。

特此证明。

单位：（盖单位章）

2020年月日

法定代表人身份证复印件

**法定代表人授权委托书**

法定代表人身份证复印件（反面）

法定代表人身份证复印件（正面）

本人（姓名）系（投标人名称）的法定代表人，现委托（姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义全权处理一切与（项目名称）投标有关的事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：年月日至 年 月 日

代理人无转委托权。

附：法定代表人身份证明

报名单位：（盖单位章）

法定代表人：（签字）

身份证号码：

委托代理人：（签字）

身份证号码：

 2020年 月 日

委托代理人身份证复印件

委托代理人身份证复印件（正面）

委托代理人身份证复印件（反面）

# 四、信用中国网站截图

# 五、相关业绩

调研材料真实性及购销廉洁声明承诺书

南京市第二医院：

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药销售行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，针对贵院此次调研，我公司郑重承诺并遵守：

一、我方按照《合同法》及本承诺购销医疗设备、货物、软硬件及服务。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方指定销售代表在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室场所推销产品，不到医院相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费等。

四、我公司郑重承诺：所提供资料（以骑缝章为准）真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

五、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关卫生计生行政部门报告。如我方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照《国家卫生计生委关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发【2013】50号）相关规定处理。

六、本承诺作为产品购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等法律效力。

\*\*\*\*\*公司（签章）

\*\*年  \*\*月  \*\*日