**报 价 单**

**项目名称：** 医护人员肖像照、科室合照摄影服务

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 服务内容 | 单位 | 单价(元) | 预估数量 |
| 医护人员形象照 | 拍摄精修 | 次 |  | 780张 |
| 科室合照 | 拍摄精修 | 次 |  | 60张 |
| 总价 | 小写: 大写: |
| 备注 | 服务期：一年 |

供应商名称： (加盖公章)

法定代表人或委托代理人: (签字或盖章)

日期：XXX年XXX月XXX日

**法定代表人授权书**

**北京市海淀区妇幼保健院：**

 （供应商全称）法定代表人 授权 （全权代表姓名）为全权代表，参加贵处组织的 （项目名称）的活动，全权代表我方处理活动中的一切事宜。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此说明。

法定代表人 (签字)：

 供应商全称（公章）：

 日期： 年 月 日

附：

供应商代表姓名（签字）：

 身份证复印件粘贴处：

职务：

详细通讯地址：

手机：

邮箱：

传真：

邮政编码:

**承诺函**

**致北京市海淀区妇幼保健院**：

本单位 （供应商名称）参加 （项目名称）的采购活动，现承诺：

一、具备本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）本项目不允许联合体参加;

（八）根据采购项目提出的特殊条件。

二、截至比选/比价申请文件递交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、政府采购严重违法失信行为记录名单。

三、我单位及其现任法定代表人/主要负责人不具有行贿犯罪记录，也无接受国家各级部门行政处罚的情况。

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

供应商名称：(加盖公章)

法定代表人或委托代理人:（签字或盖章）

日期：XXX年XXX月XXX日