附件1

**报名资料格式**

报名资料一式两份，必须用A4幅面的纸张打印并装订成册。报名资料除了招标文件明确要求的身份证明等要盖章确认外，还需在封面及文件齐逢处盖单位公章确认。

|  |
| --- |
| 报名资料  □一式两份  项目名称：广东省肇庆监狱2025-2026年度药品及医用耗材采购配送企业公开遴选项目  项目编号：  参 选 人： （名称并加盖公章）  联 系 人：  联系电话：  联系地址： |

封面

报名资料

项 目 名 称： 广东省肇庆监狱2025-2026年度药品

及医用耗材采购配送企业公开遴选项目

参选单位：

地 址：

联 系 人：

联系电话：

广东省肇庆监狱2025-2026年度药品及医用耗材采购配送企业遴选报名申请表

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公司名称** |  | | |
| **详细地址** |  | | |
| **报名类型（可同时填报）** | □药品 □医用耗材 | | |
| **邮政编码** |  | **传真电话** |  |
| **法人代表** |  | **联系电话** |  |
| **业务负**  **责人** |  | **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  | **仓库面积（M2 ）** |  |
| **营业执照**  **注册号** |  | **营业执照**  **期限** |  |
| **备  注** |  | | |

营业执照

|  |
| --- |
| 附：参选单位营业执照  （需加盖本单位公章） |

法定代表人证明书

**致**：**广东省肇庆监狱**

同志，现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

有效日期： 与参选有效期一致 。

附： 法定代表人身份证明复印件

**【说明】1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。**

**2.所填内容必须真实、清楚，不得涂改。**

**3.为避免废标，请参选人务必提供本附件**

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件正面 | 法定代表人身份证复印件反面 |

单位名称（公章）：

日 期： 年 月 日

法定代表人授权委托书

**致**：**广东省肇庆监狱**

兹授权 同志，为我单位授权代表人，全权代表我司参与广东省肇庆监狱2025-2026年度药品及医用耗材采购配送企业项目公开遴选的一切事宜。

有效期限：与参选有效期一致 。

附： 法人授权委托人身份证明复印件

**【说明】1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。**

**2.所填内容必须填写真实、清楚，不得涂改。**

**3.有效期限：与本公司报名资料中标注的参选有效期相同，自本单位递交报名资料之日起生效。**

**4.参选签字代表为法定代表人，则本附件不需提交。**

|  |  |
| --- | --- |
| 授权委托人身份证复印件正面 | 授权委托人身份证复印件反面 |

法定代表人（签字或盖章）：

授权单位（公章）：

日 期： 年 月 日

在“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）无不良记录及失信记录且在中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）无严重违法失信行为信息记录的查询截图：

截 图

特别提醒：1、截图清晰且打印清晰

2、截图需加盖参选单位公章

截 图

特别提醒：1、截图清晰且打印清晰

2、截图需加盖参选单位公章

《药品经营许可证》、《医疗器械经营许可证》复印件：

|  |
| --- |
| 附：《药品经营许可证》、《医疗器械经营许可证》  特别提醒：1、参与哪一类配送遴选，必须提供对应资质要求的许可证复印件  2、复印件需加盖参选单位公章 |

配送企业在广东省第三方药品交易中心以广东省电子商务认证有限公司的数字证书账号登录后的截图：

登 录 截 图

特别提醒：1、截图清晰且打印清晰

2、截图需加盖参选单位公章

廉洁自律承诺书

广东省肇庆监狱：

为保证2025-2026年度药品、检验试剂及医用耗材采购配送企业遴选工作的公平、公正、公开，规范采购行为，我公司自愿签订《廉洁自律承诺书》，并向贵单位作出以下承诺：

1. 自觉遵守采购法律法规；

（二）所提供的材料真实有效,且没有遗漏或隐瞒其他重要相关信息。

（三）依法尽职完成贵单位的订单配送工作，为贵单位提供优质服务。

（四）遵守肇庆监狱关于药品采购相关管理规定和考核。

（五）不向监狱岗位人员传递任何有可能影响公正遴选的礼物、礼品等，包括未来利益；

（六）一旦发现相关人员在遴选过程中有索要财物等不廉洁行为，将及时向相关单位的纪检监察部门举报；

法人代表或授权人（签字）：

承诺单位（签章）：

签订日期： 年 月 日

**按要求匹配填报的药品目录和耗材目录**

要求：

1. 药品目录和耗材目录双面打印，电子版发到我单位联系人微信（手机同号）[，](mailto:2417941713@qq.com。)。)纸质版邮寄或现场送达我单位指定联系人潘警官。

二、纸质版在封面及文件齐逢处盖单位公章确认。