##

磋商响应文件

# 项目名称：万宁市2024年分散供养特困人员住院护理保险项目

# 供应商（公章）：

法定代表人（负责人）或其委托代理人： （签名）日期： 年 月 日

## 一、营业执照

## 二、法定代表人（负责人）证明书和法定代表人（负责人）授权委托书

**（一）法定代表人（负责人）身份证明书**

单位名称：

单位性质：

地 址：

成立时间：

经营期限：

法定代表人（负责人）姓名： 性 别：

年 龄： 职 务：

系 的法定代表人（负责人）。

特此证明。

附：法定代表人（负责人）身份证复印件

投标人名称（盖章）：

日 期： 年 月 日

**附：法定代表人（负责人）身份证复印件**

**（二）法定代表人（负责人）授权委托书**

 在下面签字的**姓名： 职务：** 代表本公司授权下面签字的**姓名： 职务：** 为本公司的合法代理人，就 **（项目名称）**进行投标，以本公司的名义处理一切与之相关的事务。

本授权书自 年 月 日至 年 月 日内签字有效，特此声明。

供应商名称： （公章）

营业执照号码：

法定代表人（负责人）： （签字或签章） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

被授权人： （签字或签章） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

生效日期： 年 月 日

**1、法定代表人（负责人）居民身份证复印件**

**2、被授权人居民身份证复印件**

**注：本授权书内容不得擅自修改。**

**三、开标一览表**

项目名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 投标报价（大小写一致） | （小写）： 元 |
| （大写）： |
| 合同履行期限（服务期） |  |
| 实施地点 |  |
| 备注 |  |

注:1、此表必须由供应商法定代表人（负责人）或被授权代表签名及加盖公章；

1. 此表只需填写总价格；
2. 本表格需按照以上要求填写，否则自行承担不利于评审结果的风险。

4、合同履行期限（服务期）：自签订合同之日起1年

投标人名称（盖章）：

法定代表人（负责人）或被授权代表（签字或盖章）:

日期：

**四、分项报价明细表**

项目名称：

 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务项目 | 服务内容 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 总价（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 报价金额合计 | 大写： 小写：  |

投标人名称（盖章）：

法定代表人（负责人）或被授权代表（签字或盖章）：

日期：

注:

1.此表为表样，行数可自行添加，但表式不变；

2.相关可预见及不可预见的各项费用、及其他所有相关配套服务、全额含税发票等、其他所有相关费用由供应商自行计算填列；

3.“分项价格表”中“报价金额总计”数应当等于“投标一览表”中“投标报价总计”数。

**五、项目费用预算表**

项目名称：

 单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 护理对象 | 人数(人） | 年人均保费（元） | 总价（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  | 0 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 报价金额合计 | 大写：小写： |

投标人名称（盖章）：

法定代表人或被授权代表（签字或盖章）：

日期：

**六、同类项目承办经验证明材料**

**七、偿付能力证明材料**

**八、服务网络证明材料**

**九、消费投诉证明材料**