法定代表人身份证明或授权委托书

1、法定代表人身份证明

投标人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 系 （投标人名称）的法定代表人。附：法定代表人身份证明

特此证明。

投标人： （盖单位章）

 年 月 日

2、授权委托书

本人 （姓名）系 （投标人）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改 “ ”(项目名称、编号）招标文件，全权处理与该项目投标、评审答疑、签订合同以及与合同执行有关的一切事务，其法律后果由我方承担。

委托期限：

代理人无转委托权。

 投标人（盖单位章）：

法定代表人（签字或盖章）：

委托代理人（签字或盖章）：

 年 月 日

附：委托代理人身份证明

材料真实性及购销廉洁声明承诺书

滁州市第二人民医院：

针对贵院此次采购项目，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，我公司郑重承诺：

一、所提供的各项资料真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，同意招标人无条件取消我公司此次比选资格，同意招标人无条件取消我公司今后三年参加滁州市第二人民医院所有项目投标的资格。

二、同意贵院签订合同前提供样机验证参数的要求，如不符合的无条件退货，并赔偿相关损失，由此产生的一切后果由本公司承担。

三、我方按照《合同法》及本承诺购销医疗设备。

四、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。

五、我方指定销售代表承诺在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品，不借故到医院相关领导、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。

六、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关行政部门报告。

七、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

配置清单、报价表等（格式自拟）

要求的各项证明材料（格式自拟）

如有其它材料（格式自拟）