长沙农村商业银行股份有限公司

高端客户健康体检服务项目

**报 名 资 料**

单位名称： （全称） （盖单位公章）

法定代表人（负责人）或其委托代理人： （签字）

日期： 年 月 日

长沙农村商业银行股份有限公司

高端客户健康体检服务项目

公开招标报名资料

**目 录**

[**一、单位基本情况 4**](#_Toc14951324)

[**二、法定代表人（负责人）资格证明 6**](#_Toc14951325)

[**三、授权委托书 8**](#_Toc14951326)

[**四、近三年类似项目案例 10**](#_Toc14951327)

[**五、报名单位经营办公场所情况 12**](#_Toc14951328)

[**六、拟派项目团队基本情况 13**](#_Toc14951329)

[**七、报名单位认为须提供的其他材料 14**](#_Toc14951330)

说明：

1.请严格对照招标公告要求进行报名。本项目不接受在经营活动或招投标活动中存在弄虚作假之行为或者受到过工商行政等行业管理部门严重处罚、在各种经营活动中存在严重违约、所负责项目存在重大问题等情形的投标人报名参与投标。

2.报名单位必须保证以上报名材料的真实性和准确性。如被发现存在弄虚作假行为，招标人有权取消报名资格、投标资格、中标资格或解除合同协议并赔偿招标人相应损失。

3.请通过注册登录长沙农商银行采购项目供应商报名管理系统http://39.108.111.84进行网上报名，同时将附件报名资料发送至邮箱csnsyhjzcg@126.com。

（1）附件报名资料包括一份完整的Word版文件（打印签字盖章前的最终Word电子版）以及一份完整的Pdf版文件（Word版报名资料双面打印，签字盖章，原版彩色扫描保存为一个清晰完整的pdf文件格式）

（2）请不要提供压缩包等其他格式文件，否则视为无效报名。报名之前请先检查报名资料是否损坏无法打开。邮件报名与PDF文件名称为：长沙农村商业银行高端客户健康体检服务项目报名资料——XX公司20190731。

4、请严格按照招标公告要求提供有效的类似项目案例经验等资料。如提供无效的类似项目案例经验，将被视为无效报名投标。

# 一、单位基本情况

**单位基本情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位全称 | 公司全称 |
| 成立时间 |  | 营业期限 |  |
| 企业性质 |  | 注册资本（万元） |  | 实缴资本（万元） |  |
| 注册地址 |  |
| 单位电话 |  | 邮政编码 |  |
| 营业执照编号 |  | 登记机关 |  |
| 开立基本账户银行 |  | 账号 |  |
| 法定代表人（负责人） |  | 技术职称 | （有则填写） | 联系电话 |  |
| 技术负责人 |  | 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 经营范围 |  |
| 单位资质等级 | 资质类型 | 等级 | 证书编号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 员工情况 | 员工总人数 |  |
| 其中：管理人员 |  | 高级职称人员 | 自行修改，如没有则不填写 |
| 技术人员 |  | 中级职称人员 | 自行修改，如没有则不填写 |
| 行政人员 |  | 初级职称人员 | 自行修改，如没有则不填写 |
| 服务人员 |  | 技工 | 自行修改，如没有则不填写 |
| 其他人员 |  |  |  |
| 营业收入（万元） | 2016年 |  | 2017年 |  | 2018年 |  |
| 授权代理人 | 必须与报名联系人一致 | 联系方式 | 必须与报名联系人一致 |
| 传真号码 |  | 联系邮箱 | 必须与报名邮箱一致 |
| 备 注 |  |

兹声明上述数据和资料是真实、正确的，我们同意遵照贵方要求出示有关证明文件。

 单位全称（盖单位公章）：

 法定代表人（负责人）或授权代理人(签字)：

 日期： 年 月 日

**单位简介**

包括但不限于单位基本情况、组织结构、技术力量、公司优势及实力、特有资源、未来发展等，内容与格式自拟，注意控制篇幅。

**附：投标人的资格证明文件**

**投标人有下列情形之一的，视为无效投标：**

（1）有一项资格证明文件未提交的；

（2）提供不符合要求或虚假资格证明文件的；

（3）资格证明文件过了有效期的；

（4）资格证明文件未按有关规定年审合格的。

1.营业执照、税务登记证、组织机构代码证（或“五证合一”）、最近年度财务报表、最近年度完税证明材料等（原版彩色清晰复印件并加盖单位公章）。

如公司名称发生过变更，须提供工商行政管理部门出具的证明资料、公司变更前后的营业执照等原版彩色清晰复印件并加盖单位公章（如无工商行政管理部门出具的证明资料，则要求提供其他有效证明资料，但须经评标委员会一致认可）。

2.相关资质证书（原版彩色复印件并加盖单位公章）。

说明：所有资质证书严禁弄虚作假。若存在弄虚作假行为，一经发现，将取消投标资格、中标资格或解除合同协议、没收投标保证金（如有）、履约保证金（如有）并赔偿招标人相应损失，同时列入招标人采购黑名单，禁止参与招标人任何采购项目。

# 二、法定代表人（负责人）资格证明

**法定代表人（负责人）资格证明**

**致：长沙农村商业银行股份有限公司**

对于贵公司组织的高端客户健康体检服务项目招标活动，我方在此证明：

单位全称：

单位性质：

注册地址：

注册资本：

成立时间： 年 月 日

经营期限： 年 月 日至 年 月 日

经营范围：

姓名： 性别： 年龄：

职务：

身份证号码：

系 （投标人名称） 的法定代表人（负责人）。

 特此证明。

 单位全称： （盖单位公章）

 法定代表人（负责人）： （签字和盖章）

 日期： 年 月 日

**注：法定代表人（负责人）的签字必须是亲笔签名，不得使用印章签名或其他电子制版签名代替亲笔签名。法定代表人（负责人）如有个人印章，烦请在亲笔签名旁一同加盖。**

附：法定代表人（负责人）身份证明复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 法定代表人二代身份证复印件（反面） |

#

# 三、授权委托书

**授权委托书**

**说明：只有当投标人法定代表人（负责人）不能参与、须授权委托代理人参与投标时，填写本内容。**

**致：长沙农村商业银行股份有限公司**

本人 （法定代表人（负责人）姓名） 系 （单位全称） 的法定代表人（负责人），现授权委托（单位/部门名称） 的 （授权代理人姓名），身份证号码为 ，作为我单位全权代表，以本单位的名义报名参加贵公司组织的高端客户健康体检服务项目招标活动，并以本公司名义全权处理招标活动中的一切事务，其法律后果均由我方承担。

代理人无转委托权。

授权委托期限： 至 。

本授权书于2019年 月 日由投标人加盖公章，并由法定代表人（负责人）签字和盖章后生效，特此声明。

此致！

单位全称（盖单位公章）：

法定代表人（负责人）签字和盖章： （亲笔签名）

法定代表人（负责人）身份证号码：

授权代理人签字： （亲笔签名）

授权代理人身份证号码：

日期： 年 月 日

**注：1、法定代表人（负责人）和授权代理人的签字必须是亲笔签名，不得使用印章签名或其他电子制版签名代替亲笔签名。法定代表人（负责人）如有个人印章，烦请在亲笔签名旁一同加盖。**

**2、授权代理人要求必须是本单位正式合同制员工，须提供本单位最近6个月为授权代理人缴纳的社保流水明细证明等资料。**

附：法定代表人（负责人）身份证复印件、授权代理人身份证复印件、授权代理人最近6个月社保流水明细证明资料

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 法定代表人二代身份证复印件（反面） |

|  |  |
| --- | --- |
| 授权代理人二代身份证复印件（正面） | 授权代理人二代身份证复印件（反面） |

#

# 四、近三年类似项目案例

**类似项目案例情况一览表**

按格式列明近三年（自2016年01月01日起）提供团体健康体检服务类似项目案例情况（同一个法人机构及其辖属分支机构的项目案例、同一个项目合同续签等视为一个项目案例，不重复计算）。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **项目单位** | **合同或协议签订时间** | **体检服务人数** | **项目单位证明人** | **联系电话****（座机）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

说明：

1.类似项目案例业绩，建议参照招标公告要求填写，提供2-3个即可；

2.类似项目案例业绩须以合同文本或协议签订时间为准；

3.类似项目案例业绩须严格按照表格填写顺序依次提供合同文本或协议等证明资料原版彩色清晰复印件。如投标文件未按照表格填写顺序依次提供资料或资料信息不完整、资料遗漏等，评标时评标委员会有权否决并视情况进行相应认定处理，包括但不限于认定投标人投标文件无效等。

4.请严格按照招标文件要求提供有效的类似项目案例经验。如提供无效的类似项目案例经验，评标时评标委员会有权否决并视情况进行相应认定处理，包括但不限于认定投标人投标文件无效等。

单位全称（盖单位公章）：

法定代表人（负责人）或授权代理人（签字）：

日期： 年 月 日

附件：类似项目案例证明资料（原版彩色清晰复印件）

**1.XX公司XX项目**

合同文本或协议

**2.XX公司XX项目**

合同文本或协议

# 五、报名单位经营办公场所情况

注：1.提供医院大楼、体检区域（含体检仪器设备）、侯检区域、餐厅以及体检中心工作人员等全景照片或视频，要求照片和视频拍摄时间不早于2019年01月31日，必须为真实照片。要求在讲标过程中现场演示上述照片或视频。

2.请务必保证以上材料的真实性。如若被发现存在修改或造假行为，招标人有权取消其投标或中标资格或解除签约合同，并要求失信单位赔偿招标人相应损失。

**（一）医院大楼**

**（二）体检区域**

**（三）侯检区域**

**（四）餐厅**

**（五）体检中心工作人员**

说明：除以上内容外，投标人可根据自身实际情况自行添加其他内容照片。

单位全称（盖单位公章）：

法定代表人（负责人）或授权代理人（签字）：

日期： 年 月 日

# 六、拟派项目团队基本情况

**拟派项目团队基本情况**

按格式列明本项目拟派项目团队负责人等相关人员信息。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **拟任职务** | **出生年月** | **技术职称****（有则填写）** | **联系方式** | **备注** |
| 1 |  | 项目负责人（必须要有） |  |  |  |  |
| 2 |  | 预约对接人（必须要有） |  |  |  |  |
| 3 |  | 其他人员 |  |  |  |  |
| 4 |  | 其他人员 |  |  |  |  |
| 5 |  | 其他人员 |  |  |  |  |
| ... |  | ... |  |  |  |  |

说明：计划拟派于招标人本次项目的团队主要人员为管理团队成员（包括但不限于项目负责人、预约对接人、主要体检项目科室医生姓名与级别等，表格可自行添加修改）。其中拟派项目负责人须提供本人身份证、资格证书（如有）等以及本单位为其缴纳的最近6个月社保明细流水证明等资料原版彩色清晰复印件（加盖单位公章）。

单位全称（盖单位公章）：

法定代表人（负责人）或授权代理人（签字）：

日期： 年 月 日

# 七、报名单位认为须提供的其他材料