附件1

法定代表人身份证明

（适用于法定代表人参加，授权代表参加遴选的不提供）

致成都天府华西医疗产业发展有限公司：

遴选单位名称： 。

地址： 。

成立时间： 。

经营期限： 。

（姓名、职务）系（供应商单位名称）的法定代表人，代表我单位就成都天府华西医疗产业发展有限公司职工超市年度供应服务商遴选项目签署申请文件和处理与之有关的一切事务，我及我单位均予以承认并全部承担其产生的所有权利和义务。

特此证明。

附件：法人身份证复印件正反面

申请人名称：（全称并盖章）

法定代表人：（签字或加盖个人名章）

日期： 年 月 日

授权委托书（格式）

（适用于法定代表人不参加，授权代表参加遴选的提供）

致：成都天府华西医疗产业发展有限公司

我，(姓名)，作为（公司名称）的法定代表人，兹授权 （委托代理人姓名、职务） （居民身份证编号： ）为我单位的委托代理人，代表我单位就成都天府华西医疗产业发展有限公司职工超市年度供应服务商遴选项目签署申请文件和处理与之有关的一切事务，我及我单位均予以承认并全部承担其产生的所有权利和义务，特此授权。委托代理人不得转授权。

附件：法人身份证复印件正反面

 委托代理人身份证复印件正反面

 授权委托单位： （公章）

 法定代表人： （签名）

委托代理人： （签名）

日 期： 年 月 日

附件2

申请人承诺函（格式）

编号：

致：成都天府华西医疗产业发展有限公司

我公司自愿参加你公司组织的职工超市年度供应服务商遴选项目遴选活动，作为申请人，我公司承诺如下：

1、完全理解、同意并接受遴选文件的一切规定和要求。

2、我公司对供应商遴选文件所提供资料的真实性负责。如与事实不符或弄虚作假，我公司自愿承担一切责任。

3、无论入选与否，因本次遴选所发生的一切费用，由我公司自行承担。

4、若中选，本承诺函将成为后续采购活动中所签署合同不可分割的一部分，与合同具有同等的法律效力。

5、无论我公司中选或者落选，均保证不向任何第三方泄露本次选聘的相关信息，不向任何第三方披露获得的或收到的任何文件资料及非公开信息。

6、我公司参与本次遴选，保证不存在以下情形：

（1）提供虚假材料谋取中选；

（2）采取不正当手段诋毁、排挤其他选聘申请人；

（3）与其它申请人恶意串通；

（4）向遴选人行贿或者提供其他不正当利益；

（5）拒绝有关部门监督检查或提供虚假情况；

（6）有其他违规行为。

申请人： （公章）

法定代表人或委托代理人： （签名）

日 期： 年 月 日

附件3：

成都天府华西医疗产业发展有限公司天医家职工超市年度供应商报名表

编号：

**致：成都天府华西医疗产业发展有限公司：**

我司就成都天府华西医疗产业发展有限公司职工超市年度供应服务商遴选项目拟报名情况如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品类别 | 供应商类型 | 备注 |
| 综合类 | 特色特定类 |
| 1 | 通用食品类 |  |  | 申请人在每个产品类别中对于供应商类型只能在综合类和特色特定类二选一。每个产品类别综合类不超5家，特色特定类不超3家。 |
| 2 | 日化类 |  |  |
| 3 | 百货类 |  |  |
| 4 | 保健食品类 |  |  |
| 5 | 糕点类 |  |  |
| 6 | 鲜花 |  |  |
| 7 | 水果及农副产品 |  |  |
| 备注：1.综合类服务商：商品通过经销商代理，且产品不限于一个种类的服务商。2.特色特定产品服务商：生产厂商或其子公司直接销售的服务商，或所销售产品与华西医院文化元素相关。 |

申请人： （公章）

法定代表人或委托代理人： （签名）

日 期： 年 月 日