## 附件1

法定代表人身份证明

（适用于法定代表人本人参加，授权代表参加比选的提供附件2授权委托书）

致成都天府华西医疗产业发展有限公司：

供应商单位名称：

地址：

成立时间：

经营期限：

拟报名品类：

（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

医辅超市2024年度合格供应商遴选项目 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。

供应商名称：（全称并盖章）

法定代表人：（签字或加盖个人名章）

日期： 年 月 日

## 附件2

授权委托书（格式）

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医辅超市2024年度合格供应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。

 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3

申请人承诺函（格式）

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医辅超市2024年度合格供应商遴选项目，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、我公司参与本次选聘，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）向采购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： （签名）

委托代理人： （签名）

日 期： 年 月 日