



襄 阳 市 第 一 人 民 医 院
XIANG YANG NO.1 PEOPLES HOSPITAL
湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院
AFFILIATED HOSPITAL OF HUBEI UNIVERSITY OF MEDICINE

襄阳市第一人民医院

采购项目需求调查

调查方式： ☒公告； ☐邀请； ☐问卷； ☐其他： _____

项目类型： ☐工程； ☒货物； ☐服务； ☐其他： _____

需求部门： 康复医学科

项目名称： 康复医学科微波治疗仪等设备一批（二次）

项目编号：

发布日期： 年 月 日

其他：

目 录

第一章 需求调查公告（代调查问卷）	3
一、 项目概述	3
二、 需求调查活动参与条件	3
三、 报名时间和地点	4
四、 会议时间：以招标采购办电话通知时间为准。	4
五、 文件获取	4
六、 报名要求	4
七、 其他	4
八、 联系方式	5
九、 发布公告媒介	5
第二章 需求调查须知	6
第三章 采购需求调查内容	7
（一） 拟采购项目概况	7
（二） 拟采购货物、服务、工程清单	7
（三） 拟设置的技术要求（如有）	7
（四） 拟设置的商务要求	13
（五） 拟设置的其他要求	13
（六） 需求调查问卷	13
（七） 拟设置的评分办法	15
第四章 响应文件格式	16
格式 1	18
需求调查承诺书	18
格式 2	19
法定代表人授权书	19
格式 3	20
法定代表人身份证明书	20
格式 4	21
报价一览表	21
格式 5	22
格式 6 资格证明文件	23
格式 7 需求响应文件	23
格式 8 其他响应文件	23
格式 9	24
无重大违法记录声明	24
格式 10	25
投标人关联单位及禁止参加情况的承诺函	25

第一章 需求调查公告（代调查问卷）

襄阳市第一人民医院拟对以下项目实施采购，现需对本项目的采购需求面向各方市场主体开展需求调查，欢迎能够满足需求、提供优质货物、服务等的一方主体踊跃参加，为我院高质量采购提供协助。

一、项目概述

（一）项目编码：XYYY-2023-YNXQ-0029

（二）项目名称：康复医学科微波治疗仪等设备一批（二次）

（三）项目概述：

1. 描述项目主要采购内容

康复医学科采购肌电生物反馈治疗仪 1 台，气压手套 1 套，吞咽功能电刺激(感应电)1 台，床旁下肢功率自行车 1 台，气压治疗仪 2 台，微波治疗仪 2 台。

二、需求调查活动参与条件

（一）满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定，即：

（1）具有独立承担民事责任的能力；（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；（5）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；（6）法律、行政法规规定的其他条件。

（二）单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同市场主体，不得参加本项目同一合同项下的需求调查活动。

（三）参与本活动的市场主体，通过“信用中国”网站或者中国政府采购网查询的主体信用记录，未被列入失信被执行人、重大税收违法失信主体，未被列入政府采购严重违法失信行为记录名单。

（四）为保证需求调查结论合理可靠，参与本需求调查活动的各市场主体应能够满足本项目特定资格要求：

供应商应符合《医疗器械监督管理条例》的规定，所投货物纳入医疗器械管理的，所投货物为二类医疗器械的供应商应具备《医疗器械经营备案凭证》和产品的《医疗器械注册证》，所投货物为三类医疗器械的供应商应具备《医疗器械经营许可证》和产品的《医疗器械注册证》。国家另有规定的从其规定。

三、报名时间和地点

（一） 报名时间：2023 年 12 月 14 日 8 时至 2023 年 12 月 27 日 17 时 30 分。

（二） 报名地点：襄阳市第一人民医院招标采购办（沿江大道江边住院大楼对面行政楼 106）工作日上午 8:00~12:00、下午 14:30~17:30 受理投标工作，节假日除外）。

四、会议时间：以招标采购办电话通知时间为准。

五、文件获取

投 标 人 在 襄 阳 市 第 一 人 民 医 院 官 网
(<https://www.xysdyrmyygw.com>) 招标公告— 招标信息栏 **自行下载
采购文件。**

六、报名要求

欢迎所有市场主体踊跃参加，有意愿参加本调查活动的各方市场主体可联系下方提供的联系方式，并预留参与信息以及联系方式，因故不能参加的应提前告知。

七、其他

（一） 供应商在接到会议通知后提供响应内容五份（一正四副），无需密封。封面应注明项目名称、项目编号、包号、参加的市场主体名称，并加盖公章。

（二） 参与本活动时需具有法定代表人或其他组织或自然人等资格证明文件，法定代表人或其他组织或自然人不能亲自投标的，可以授权他人参与本活动，需提供授权委托书，项目受托人身份证原件等

各类资料证件。

（三）参与本活动的各方市场主体，可按需提供样品或有关项目的其他材料。

八、联系方式

报名联系电话：招标采购办公室 0710-3420737

九、发布公告媒介

本次公告仅在襄阳市第一人民医院官

（<https://www.xysdyrmyygw.com>）网上发布，信息以本网站发布为准。

第二章 需求调查须知

供应商应按照本须知要求进行响应，以便院方提升采购质量

序号	条款名称	编列内容
1.	采购人	襄阳市第一人民医院
2.	市场主体	符合本文件公告规定的需求调查活动参与条件
3.	响应文件装订要求	供应商在接到会议通知后提供响应内容五份（一正四副），无需密封。封面应注明项目名称、项目编号、包号、参加的市场主体名称，并加盖公章。
4.	响应文件编列要求	见响应文件格式
5.	响应文件有效期	不少于 90 日历天
6.	样品	☐ 提交； ☒ 不提交； 样品要求：
7.	需求调查方式	主要内容：采购人面向市场主体开展需求调查，以了解实现项目目标，拟采购的标的及其需要满足的技术、商务要求。旨在了解相关产业发展、市场供给、同类采购项目历史成交信息，可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购，以及其他相关情况。 参与主体：需求调查对象一般不少于 3 个，并应当具有代表性。 注意事项：参与本调查活动的各方市场主体应诚实守信、务实合作，向采购人提供依据充分、合理可信的价格、技术、商务等信息， 市场主体如提供不实信息采购人可以拒绝响应文件，并且有权拒绝该主体参加未来的需求调查活动。
8.	项目类型	货物：是指各种形态和种类的物品，包括原材料、燃料、设备、产品等。 工程：是指建设工程，包括建筑物和构筑物的新建、改建、扩建、装修、拆除、修缮等。 服务：是指除货物和工程以外的其他采购对象。
9.	签字盖章要求	供应商应在所有格式要求应加盖公章处加盖供应商单位公章，在所有格式要求应加盖法定代表人章或法定代表人签字处加盖法定代表人章或签字。
10.	解释权	本文件解释权归襄阳市第一人民医院所有
11.	诚信履约	采购人有权将具有弄虚作假、无故拒绝履约、不签订合同、串通投标、围标等情形的供应商列入“采购黑名单”拒绝其参加所有采购。

注：表格中“☒”

第三章 采购需求调查内容

(一) 拟采购项目概况

康复医学科采购肌电生物反馈治疗仪 1 台，气压手套 1 套，吞咽功能电刺激(感应电)1 台，床旁下肢功率自行车 1 台，气压治疗仪 2 台，微波治疗仪 2 台。

本项目采用需求调查方式实施采购活动。

(二) 拟采购货物、服务、工程清单

序号	采购内容	单位	数量	备注
1	肌电生物反馈治疗仪	台	1	
2	气压手套	套	1	
3	吞咽功能电刺激(感应电)	台	1	
4	床旁下肢功率自行车	台	1	
5	气压治疗仪	台	2	
6	微波治疗仪	台	2	

(三) 拟设置的技术要求(如有)

一、肌电生物反馈治疗仪

(一) 硬件参数：

1. 独立 4 通道设备：4 通道肌电采集和 4 通道电刺激
2. 肌电检测
 - 2.1 AD 采样率： ≥ 8192 Hz；
 - 2.2 示值准确度：误差不大于 $\pm 10\%$ 或 $\pm 2\mu V$ ，两者取较大值。
 - 2.3 肌电反馈反馈阈值： $10\mu V \sim 1000\mu V$ ，允差 $\pm 10\%$ ，两者取较大值；
3. 电刺激

3.1 频率：0.5Hz~999Hz 可调，1Hz 以下步进 0.5Hz，1Hz 以上步进 1Hz；

3.2 脉宽：20 μ s~1000 μ s，10 μ s 步长；

3.3 输出刺激时间：1s~20s，步进 1s；

3.4 输出休息时间：0s~20s，步进 1s；

3.5 输出波升时间：0、0.5s、1s~10s，步进 1s；

3.6 输出波降时间：0、0.5s、1s~10s，步进 1s；

3.7 治疗时间：5min、10min、15min、20min、25min、30min、35min、40min；

3.8 输出强度：0~100mA，步进 1mA；

3.9 刺激波形：基波为双向对称波；

4. 物理调节：外置电流调节旋钮；

（二）软件参数：

1. 内置应用软件：包含表面肌电评估、神经肌肉电刺激、肌电触发电刺激、镜像训练、多媒体游戏训练等，刺激仪为独立四通道，可满足多人同时治疗，肌电触发电刺激也可多通道同时使用具有神经肌肉电刺激功能（NMES），提供专业全面的内置方案，提供开放的方案自定义功能，可根据患者需求编辑个性化治疗方案；

2. 具有肌电触发电刺激功能(ETS)，根据肌电信号实时触发电刺激，触发阈值可自动计算也可根据医生经验手动设置；强调患者的主观运动，并提供积极、正向的反馈，帮助患者最大限度的恢复肌肉机能；

3. 神经肌肉电刺激方案可实现多人，多通道，多方案，随时开始；

4. 独立、完整的方案管理模块，可以查询、修改、新增 NMES 方案；

5. 提供常规刺激和变频电刺激两种刺激形式，方案通道智能分配；

6. 具备表面肌电评估功能，实时评估患者肌力情况，可出具评估

报告，评估报告可存储及导出；

7. 具备多媒体生物反馈训练功能，可进行肌力、协调、耐力、放松、精准生物反馈训练

8. 自主设计开发高效美观的数据可视化控件，定置化程度高、数据展示流畅、实时性高、交互人性化；

9. 内置高并发主流关系型数据库、可以进行患者信息、方案信息的增删改查。数据存储更安全，存取效率更高。

10. 可以进行院方信息的查询、系统设置、版本更新、关于本机信息的查询。

11. 针对成人肌肉神经损伤以及脑卒中等病患具有有针对性的方案评估与康复治疗

二、气压手套（柔性智能手功能康复系统）

1、操作方式：智能液晶显示，动画展示治疗状态。

2、驱动方式：以空气作为动力，驱动柔性手套进行手功能康复，磁控手套通过磁控感应技术，驱动患侧手康复运动。

3、被动训练模式：实现手指，手掌、腕部的一体化运动康复治疗，有效辅助手指关节和手腕关节功能性障碍患者的康复训练，促进脑部损伤的辅助治疗。

4、磁控镜像训练模式：通过磁性传感器感应健侧手的抓握、伸展等运动，带动患侧手的同步抓握与伸展，实现磁控感应技术下的双侧镜像训练。

5、消肿按摩模式：通过手部气囊护套，对手掌进行有规律的柔性挤压，促进手部末梢循环，有效消除水肿。

6、治疗强度：被动训练和磁控镜像训练强度分低、中、高3个等级可调

7、动作切换时间：在被动训练模式下，3s~10s 可调，步进 1s。

8、导向训练：通过训练模式的设置，可进行抓球训练和木插板等任务导向训练。

9、柔性手套：穿戴式仿生性柔性手套，穿戴舒适，可选配 S/M/L 三种尺码手套，儿童款可以定制，标配 L 码手套一双，手套布料无缝拼接，使用抗菌材料

10、支持手长：患者手长范围 8-22cm 均可使用。

11、压力范围：消肿按摩治疗压力范围 5kPa~27kPa，步进 1kPa。

三、吞咽功能电刺激(感应电)（吞咽神经和肌肉电刺激仪）

1、双通道可单独使用，单独调节

2、电极分离技术：肌电检测和电刺激使用同一根电极线

3、电极脱落检测功能

4、5 种模式：肌电检测模式、肌电触发电刺激、肌电助力电刺激、电刺激模式、多媒体反馈训练。

5、肌电检测

6、反馈阈值

反馈阈有效值：分为低中高三个范围，分别为 $10\mu V\sim 50\mu V$ ； $10\mu V\sim 200\mu V$ ； $10\mu V\sim 1000\mu V$

示值准确度：误差不大于 $\pm 10\%$ 或 $\pm 2\mu V$

分辨率(测量灵敏度)： $1\mu V$ 。

7、肌电触发电刺激

频率： $2\text{Hz}\sim 100\text{Hz}$ 可调，输出峰值电流： $0\sim 100\text{mA}$ 可调，

8、电刺激模式有 4 个固定处方，8 个自定义处方

9、多媒体反馈训练（GAME）模式：可与 APP 连接进行互动治疗

四、床旁下肢功率自行车（多关节主被动训练仪）

1、显示方式：液晶触摸屏。

2、屏幕水平方向 $0^{\circ} \sim 180^{\circ}$ 可调,上肢训练部分水平方向 $0^{\circ} \sim 180^{\circ}$ 可调,产品立杆伸缩调节,可调节范围 $0 \sim 100\text{mm}$ 。

3、主动模式:

提供力矩(主动阻力矩), $1\text{Nm} \sim 15\text{Nm}$, 允差 $\pm 5\%$, 分 15 档设定, 步进为 1Nm ; 初始设定为 1 档, 每档递增 1Nm ; 在训练过程中显示屏会显示当前的速度, 训练时间和阻力; 训练结束后, 训练结果会在屏幕上显示。

4、被动模式

a) 训练时间可调, 调节范围: $1\text{min} \sim 60\text{min}$, 步进为 1min , 默认 20min ;

b) 训练速度可调, 调节范围: $5\text{rpm} \sim 55\text{rpm}$, 步进 1rpm , 默认 20rpm ;

c) 运动方向可调, 有正和逆两种运动方向, 在训练过程中可以改变方向;

d) 电机输出分为高、中、低 3 档(允差 $\pm 20\%$):

e) 痉挛功能可选择开启和关闭, 痉挛次数训练结束后会在屏幕上显示;

f) 痉挛后方向可调, 其方向为固向和变向; 固向是痉挛后, 旋转方向都与原方向一致; 变向是痉挛后, 旋转方向都与原方向相反。

5、训练结果显示

训练结束时, 显示屏会显示锻炼时间, 主动时间, 左平衡比例、右平衡比例、被动时间、痉挛次数、卡路里、距离。

五、气压治疗仪(空气波压力治疗仪)

1、操作方式: 智能液晶屏。

2、一键飞梭功能: 可通过一个旋转编码器快速调节治疗时间、每个腔体的治疗压力, 同时可一键启动或关闭治疗。

3、气囊腔数：单侧 8 腔气囊，双侧 16 腔气囊，标准配备双下肢气囊（每个下肢气囊均为 8 腔气囊）、腰部气囊（腰部气囊为 8 腔气囊）、上肢气囊（上肢气囊为 8 腔气囊），可选配足部专用气囊，可同时对两个 8 腔气囊进行充气治疗，可选择治疗一个肢体或两个肢体。

4、压力范围：0kPa~36kPa（0mmHg~270mmHg），步进 1kPa，实现精准调压。

5、压强单位显示：支持 kPa 和 mmHg 两种压强单位的显示切换，适合不同医院及医生使用习惯。

6、单腔调压：可针对每个腔体单独调节压力设定。

7、零压跳过：在有创面或压力治疗禁忌的部位，可选择关闭该位置的气囊压力。

8、治疗时间：治疗时间可以根据临床需要进行灵活设置，可选择按分钟和按小时设置，1min~20h 可调，可设置连续运行。

9、治疗模式： ≥ 30 种治疗模式，其中至少含 10 种固定治疗模式和 20 种自定义收藏模式。

101、逆序加压：可设定从近心端向远心端贯序加压模式，预防由于动脉供血不足引起的肢体远端血液循环障碍。

11、自动泄压功能：达到阈值时、突然断电或中断治疗时，气囊可自动泄压。

12、血液回盈侦测功能：具备血液回盈侦测功能。

13、梯度治疗：支持梯度治疗，对肢体形成梯度加压。

14、患者信息存储：通过工作站和 VTE 防治信息化系统可具备患者预防、治疗信息存储的功能。

15、无线拓展功能：具备无线拓展功能，可将多台设备共同连接，可连接到无栓病房空气波工作站，实现治疗数据储存管理、远程启停联网功能。

六、微波治疗仪（极超短波治疗机）

- 1、治疗头可更换，方便患者进行选配。
- 2、治疗时间：1~30min。
- 3、输出方式：连续式和脉冲式。
- 4、具有电容触控操作平台。
- 5、增加预热功能保证整机系统的稳定性。
- 6、输出过载保护、超温报警，治疗更加安全。

（四）拟设置的商务要求

1. 合同履行期限：签订合同后 30 日内应将本次采购内容供应到医院指定地点，并安装调试完毕，试机符合标准，货物标准应符合国家有关技术规范和技术标准，并接受采购人验收。
2. 质保期：本次采购的所有货物验收合格后质保期不得少于 2 年，质保期内应提供定期维护维修保养等服务；质保期后若需维修更换零件或配件等应只收取基本的零件或配件购置费，并提供价格折扣。
3. 服务要求：供应商应需提供免费的操作培训和维修培训，直至达到采购人要求。
4. 付款条件及方式：按合同约定执行。
5. 提供售后服务承诺书：验收中如若发现所供应货物无法达到采购人需求、采购文件要求、投标文件承诺或规定的性能指标，供应商必须更换设备，并承担相应损失。
6. 其他：供应商如需获得其他材料或咨询更多信息可自行联系本项目公告列明的联系方式。

（五）拟设置的其他要求

详见技术、服务要求说明

（六）需求调查问卷

1、产业发展情况：

供应商自行描述如（一般指项目标的的产业现状，如产业规模，整体水平，制造情况、服务情况、人员情况等整个行业的宏观状态或代表情况）

2、市场供给情况：

供应商自行描述如（一般指项目标的的在一定的时期内，一定条件

下，在一定的市场范围内可提供给采购人的某种货物、服务、工程的总量情况）

3、同类采购项目历史成交信息：

主要要求提供其他同类型采购人（如医院）等机构的采购案例：

下列数据请各供应商认真据实填写，其他行业可续表另做说明

序号	业主单位	医院等级（或其他行业）	主要标的名称	主要标的型号	主要标的单价	合同总价
1						
2						
3						
4						
...						

注：附合同复印件或中标通知书

4、其他认为应当说明的情况：

供应商可以根据自身的服务、业绩、等各方面特点和优势提出需求解决方案、服务思路供采购人参考，内容不限。

(七) 拟设置的评分办法

内容	评审因素	分值	评审标准
评分办法	市场占有率	10	1. 品牌知名度低，无三甲医院使用（0-3分） 2. 品牌知名度一般，有三甲医院使用（4-6分） 3. 品牌知名度高，有较多家三甲医院使用（7-10分）
	技术符合性及先进性	30	1. 技术符合性低且核心功能不具备，产品质量、配置不具有优势（0-10分） 2. 技术符合性一般且满足核心技术要求，产品质量、配置具有可操作性（11-20分） 3. 技术符合性高且完全满足核心技术要求，产品质量、配置具有先进性（21-30分）
	售后服务	10	对产品的保修年限、维修保养的及时性、易损件的供应价格、是否有退换货渠道、维修备品等情况进行综合评价
	临床评价	10	1. 临床科室评价低，不能满足临床使用需求（0-3分） 2. 临床科室评价一般，部分满足临床使用需求（4-6分） 3. 临床科室评价高，完全满足临床使用需求（7-10分）
	报价合理性	40	1. 设备、耗材、配件等报价不合理，明显高于或低于市场价（0-10分） 2. 设备、耗材、配件等报价较合理，没有明显高于或低于市场价（11-30分） 3. 设备、耗材、配件等报价合理且性价比高（31-40分）

第四章 响应文件格式

正本/副本

需求调查

响 应 文 件

项目编码：

项目名称：

供应商名称（全称）：_____（盖章）

供应商法定代表人：_____（签字或盖章）

日期： 年 月 日

响应文件目录（编列要求）

供应商按提供的格式编写目录，目录须标注页码。

编列顺序
1) 封面
2) 目录（含页码）
3) 响应函、廉洁承诺书
4) 报价汇总表（响应院方采购文件配置需求表）
5) 分项报价表（按项目性质编制）
6) 法定代表人身份证明书
7) 法定代表人授权委托书（授权人参加，格式见附件 1）
8) 资格证明文件（按申请人资格要求）
9) 需求响应文件
10) 技术响应文件
11) 报价文件
12) 被委托人与委托人签订的劳动合同或劳务合同和由劳动保障部门提供的社保证明或查询社保网站对单位为个人缴纳社保金进行截图。
13) 财务状况
14) 同类项目业绩的印证材料
15) 供应商认为需要提交的其他文件

格式 1

需求调查承诺书

襄阳市第一人民医院：

依据贵方（项目名称/采购编号）项目第__包采购货物或服务的需求调查公告（代调查问卷），我方代表（姓名、职务）经正式授权并代表供应商（供应商的名称、地址）提交下述文件正本一份，副本四份。

并进行如下承诺声明：

1. 我公司在参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录；

2. 我公司在本响应文件中所提供的全部资格证明文件均真实有效，我方承诺对其真实性负责并承担相应后果；

3. 我公司在本响应文件中所响应的内容均真实、客观，并且承诺响应内容与我公司正常经营以及市场活动情况一致；

其它承诺：（如有的话，可自行填写）

4. 所附价格有关材料均为本调查活动所公布要求后，经我司慎重分析和考虑，按照采购人需求进行填报。

5. 本响应文件的有效期自提交之日起共90个日历天。

6. 接受采购文件中关于诚信履约的约定。

7. 同意提供按照贵方可能要求的与其报价有关的一切数据或资料。

供 应 商：（公章）

通 讯 地 址：

传 真：

电 话：

电 子 函 件：

授权代表签字：

日 期：

格式 2

法定代表人授权书

兹授权_____同志为我公司参加贵单位组织的（项目名称）采购活动的供应商代表人，全权代表我公司处理在该项目采购活动中的一切事宜。代理期限从年 月日起至年 月日止。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）：

签发日期：年 月 日

附：

代理人工作单位：

职务： 性别：

身份证号码：

粘贴被授权人身份证（正反面复印件）：

格式 3

法定代表人身份证明书

兹证明（姓名）在我单位任职务，系（供应商）的法定代表人。

供应商（盖章）：

法定代表人（签章）：

性别： 年龄：

身份证号码：

年月日

法定代表人身份证（正反面复印件）：

注：

- 1、本表适用于供应商不授权代理人，而由法定代表人直接参加磋商并签署响应文件的情况；
- 2、如供应商具有企业法人代表证书，则还应在本证明书后附上企业法人代表证书复印件。

格式 4

报价一览表

采购项目名称：

采购项目编号：

供应商名称	
供应商地址	
总报价	
服务期	
项目负责人	
备注	

说明：（1）人民币报价，单位为元，精确到小数点后两位。

（2）此表除保留在竞争性磋商响应文件中外，另复制一份与**报价书、法定代表人身份证明书或法定代表人授权书（原件）、分项报价表（如有要求）**

磋商供应商法定代表人或授权代表签字：

磋商供应商名称（签章）：

时 间： 年 月 日

格式 5

分项报价表

包号：

报价单位（元 / 万元）：

序号	产品名称	品牌	型号规格	数量	单价	总价	备注
总价							

注： 1. 分项报价总计价格必须与《报价一览表》报价一致。

2. 如无分项报价则仅填写拟采购货物报价总价。

投标人名称（加盖单位公章）：_____

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人（签字或盖章）：

日期：_____

格式6 资格证明文件

格式自拟

格式7 需求响应文件

根据第三章采购需求调查内容，需求调查问卷内容进行说明

格式8 其他响应文件

根据自身情况提出方案、建议、以及其他认为有必要的提出的内容。

格式 9

无重大违法记录声明

襄阳市第一人民医院：

我方在此声明，我方在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有以下重大违法记录：

1. 我方因违法经营被追究过刑事责任；
2. 我方因违法经营被责令停产停业、吊销许可证或者执照；
3. 我方因违法经营被处以较大数额罚款等行政处罚。

随本声明附上我方参加本次政府采购活动前 3 年内发生的诉讼及仲裁情况表以及相关的法律证明文件供贵方核验。我方保证上述信息的完整、客观、真实、准确，并愿意承担我方因提供虚假材料骗取中标、成交所引起的一切法律后果。

特此声明！

供应商法定代表人或委托代理人签字：

供应商名称（盖章）：

时 间：年月日

格式 10

投标人关联单位及禁止参加情况的承诺函

致：_____

_____(供应商名称) 参加贵院组织的 _____(项目名称) 项目(项目编号： _____)的采购活动，本单位郑重声明如下：

本单位未与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其它供应商，参加本项目同一合同项下的采购活动。

本单位未对本采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务等情形。

我单位对上述声明承诺内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

供应商名称（盖章）： _____

法定代表人/单位负责人/自然人/授权代表（签字或印章）： _____

日期： _____年_____月_____日