四川省妇幼保健院工会职工生日卡采购项目附件

附件1

市场调研内容及需求

一、项目名称

四川省妇幼保健院工会职工生日卡采购项目

二、需求

1.采购期限：三年，2023年4月-2026年4月。

2.生日卡200元/份，三年总计不超过4500张。

附件2

报价一览表

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **四川省妇幼保健院工会职工生日卡采购项目** |
| **序号** | **采购内容** | **交货时间** | **报价（上浮比例%）** | **员工可使用金额** |
| **1** | 职工生日卡 | 甲方提出需求 个工作日 |  % |  张 |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字）：

联系方式：

日期：

附件3

业绩情况表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 用户名称 | 数量 | 合同价格或中标价格 | 使用时间或中标时间 | 联系人及联系方式 | 备注 |
| 国内 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 川内 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表签字：

日期:

附件4

法定代表人身份授权书

 （采购单位名称）：

 本授权声明： （投标人名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

投标人名称： （加盖公章）

日期：

* 说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。