****

**项目名称：南方医科大学第五附属医院年度财务报表审计和所得税汇算清缴报告、内部控制评价与管理咨询服务项目**

**2020年4月**

目 录

[**第一章 报名须知 2**](#_Toc18576661)

[**第二章 供应商报名需提供材料目录 3**](#_Toc18576662)

[**第三章 相关文件格式（部分） 5**](#_Toc18576663)

# 第一章 报名须知

一、请按《材料基本目录》及《相关文件格式》要求准备好报名资料，在报名截止时间前交到招标采购办公室审核报名，以便做好采购评审前的准备工作。

**二、须对材料的真实性负责，如发现虚假材料将被列入供应商黑名单，取消其资格并依法追究相关责任。**

三、供应商应如约参与我院现场商谈，无故缺席者将被记入我院供应商不良信用档案。

四、每一个项目单独做一份材料（要求多个项目同时响应的只做一份材料）,除封面外其他材料请双面打印。

五、现场报名请按《材料基本目录》及《相关文件格式》的要求准备1份响应文件，报名后准备一正五副共6份响应文件，文件封面应注明“正本”、“副本”字样，请在评审时间携带材料（盖章密封）准时参加采购评审。

# 第二章 供应商报名需提供材料目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资料** | **备注** |
| 1 | 报价一览表（详见材料格式） |  |
| 2 | 供应商营业执照 |  |
| 3 | 会计师事务所执业证书复印件 |  |
| 4 | 供应商注册会计师、注册税务师人员一览表  （详见材料格式） |  |
| 5 | 用户需求偏离表（详见材料格式） |  |
| 6 | 定代表人资格证明书（详见材料格式） |  |
| 7 | 定代表人授权委托书（详见材料格式） |  |
| 8 | 公司信用证明 |  |
| 9 | 整体服务方案 |  |
| 10 | 售后服务承诺书 |  |
| 11 | 同类项目业绩清单（需提供完整合同或发票） |  |
| 12 | 供应商认为需补充的相关资格文件或证明 |  |

**注意事项：**

1、以上材料需加盖公章，按顺序摆放，需均在有效期内。

2、材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。

3、以上材料在第三章《相关文件格式》有提供模板的，需按照模板格式填写，无提供模板的可自行排版。

# 第三章 相关文件格式（部分）

封面：



项目名称：

项目编号：

报名公司：

业务代表：

联系电话：

联系邮箱：

报名日期：

**目 录**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **第一部分：设备** | **是否**  **提交** | **页码范围** | **备注** |
| 1 | 报价一览表（详见材料格式） |  |  |  |
| 2 | 供应商营业执照 |  |  |  |
| 3 | 会计师事务所执业证书复印件 |  |  |  |
| 4 | 供应商注册会计师、注册税务师人员一览表（详见材料格式） |  |  |  |
| 5 | 用户需求偏离表（详见材料格式） |  |  |  |
| 6 | 定代表人资格证明书（详见材料格式） |  |  |  |
| 7 | 定代表人授权委托书（详见材料格式） |  |  |  |
| 8 | 公司信用证明 |  |  |  |
| 9 | 整体服务方案 |  |  |  |
| 10 | 售后服务承诺书 |  |  |  |
| 11 | 同类项目业绩清单（需提供完整合同或发票） |  |  |  |
| 12 | 供应商认为需补充的相关资格文件或证明 |  |  |  |

**注意事项：**

1、以上材料需加盖公章，按顺序摆放，需均在有效期内。

2、材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。

3、以上材料在《相关文件格式》有提供模板的，需按照模板格式填写，无提供模板的可自行排版。

**法定代表人资格证明书**

兹证明， 同志， （性别），现任我司 职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

法定代表人身份证正面复印件

法定代表人身份证反面复印件

**法定代表人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于 （公司地址） （公司名称）的 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代表，以本公司名义负责处理在南方医科大学第五附属医院 项目采购活动中院内采购报价等相关事宜。

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

授权代表身份证反面复印件

授权代表身份证正面复印件

报价一览表单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务内容名称** | **单位** | **单价**  **（万元/年）** | **总价**  **（万元）** | **备注** |
| 南方医科大学第五附属医院2019年度、2020年度、2021年度财务报表审计及所得税汇算清缴报告项目 | 1项 |  |  | 服务期3年，采用“1+1+1”模式。 |
| 南方医科大学第五附属医院2019年度、2020年度  、2021年度内部控制评价与管理咨询服务 | 1项 |  |  |
| 合计金额（小写）： 大写： | | | | |

其他承诺：

单位名称（全称）：

法定代表人或授权代表签名：

日期： 年 月 日

**用户需求偏离表**

包1：项目要求偏离表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院方要求 | 实际参数  (报价人应按货物/服务实际数据填写，不能照抄院方参数要求) | 是否偏离  （无偏离  /正偏离  /负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

包2：项目要求偏离表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院方要求 | 实际参数  (报价人应按货物/服务实际数据填写，不能照抄院方参数要求) | 是否偏离  （无偏离  /正偏离  /负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**同类项目业绩清单（年度财务报表审计类）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **业主名称** | **项目名称** | **合同总价** | **完成时间** | **业主单位**  **联系人及电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |

**注：需提供完整合同为附件。**

**同类项目业绩清单（所得税汇算清缴报告）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **业主名称** | **项目名称** | **合同总价** | **完成时间** | **业主单位**  **联系人及电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |

**注：需提供完整合同为附件。**

**同类项目业绩清单（年度内部控制评价与管理咨询服务类）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **业主名称** | **项目名称** | **合同总价** | **完成时间** | **业主单位**  **联系人及电话** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |

**注：需提供完整合同为附件。**

**供应商注册会计师人员一览表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称** | **取得时间** | **有无医院内控**  **审计经验** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**备注：需附上相关资质证书、以及医院内控审计经验（合同）作附件。**

**供应商注册税务师人员一览表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称** | **取得时间** | **有无医院内控**  **审计经验** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**备注：需附上相关资质证书、以及医院内控审计经验（合同）作附件。**