台州市路桥区中医院

关于二级等级保护测评的询价

报价方名称：

日期：年 月 日

## 报价文件目录（按顺序）

1. 报价单
2. 供应商通讯地址及联系方式
3. 法定代表人授权委托书
4. 实施方案
5. 无重大违法行为承诺书
6. 营业证照
7. 销售业绩
8. 相关资质证明

**一、报价单**

**报价单**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| **服务名称** | **单价** |
| 基础支撑系统二级等级保护测评 |  |
| 面向患者服务系统二级等级保护测评 |  |

##

## 二、供应商通讯地址及联系方式

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 三、法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

台州市路桥区中医院医疗服务共同体：

我\_（姓名）系（供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工（姓名）以我方的名义参加贵院 （项目名称） 项目的院内询价活动，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件正反 |  | 被授权人身份证复印件正反 |

附：社保机构出具的投标截止日前6个月内授权代表的投标单位社保缴纳证明，任职不足6个月的可提供劳动合同证明文件。

**四、实施方案**

（包括等保测评方案、项目实施方案、测试过程中需使用测试设备清单、时间安排、阶段性文档提交和验收标准，以及详细描述所使用的安全测评工具、使用的方式和时间、对环境和平台的要求以及使用可能对系统造成的风险）

## 五、无重大违法行为承诺书

**无重大违法行为承诺书**

台州市路桥区中医院医疗服务共同体：

我方愿意参加贵方组织的项目询价活动，并就参加本次询价活动有关事项郑重声明如下：

1.我方向贵方提交的所有文件、资料都是准确的和真实的。

2.我方参加本次采购活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录。

3.我方未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

4.以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

 承 诺 单 位（公章）：

 法定代表或其授权人（签字）：

 日 期： 年 月 日

**六、****营业证照**

**七、销售业绩**

提供2022年至今以来，为其他医院提供等级保护测评服务的名单（三份及以上），并附相关合同复印件加盖公章。

1. **相关资质证明**

提供有效期内的信息安全管理体系认证证书、网络安全服务认证证书