|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **兰州大学第二医院（第二临床医学院）采购项目报名表** | | | |
| 项目编号 | LDEYSBCG2025-26 | 报名截止时间 | 2025年7月16日 12:00前 |
| 采购项目信息 | | | |
| 包号 | 项目名称 | 备注 | 确认报名 （请打√） |
| 包1 | 脂肪吸引器（共振辅助吸脂） |  |  |
| 包2 | 全自动快速免疫分析仪 |  |  |
| 包3 | 甲型肝炎病毒抗体系列血清标准物质 |  |  |
| 包4 | 系统清洗液、反应杯 |  |  |
| 包5 | 一次性使用吸头 |  |  |
| 报名企业信息 | | | |
| 企业名称 |  | 企业公章 | |
| 法定代表人 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |

**供应商参与采购活动前承诺书**

**兰州大学第二医院（第二临床医学院）：**

兹有 （单位），法定代表人（姓名） 合法参加兰州大学第二医院（第二临床医学院） 项目（项目编号： ）采购活动。现就有关公平竞争事项郑重承诺如下：

**一、本单位法定代表人或负责人在报名参与该项目前与采购单位兰州大学第二医院（第二临床医学院）**

□不存在下列利害关系

□存在下列利害关系***（如有，请填写下列选项）***

***（请在相应的框内划 “√”）***

1. **劳动关系**
2. **投资关系**
3. **与采购单位兰州大学第二医院（第二临床医学院）在职职工有夫妻、直系血亲、三代以内旁系血亲或者近姻亲关系**

**D.其他可能影响采购公平、公正的利害关系**

***（D项如有，请如实说明）***

**二、本单位承诺以上声明情况真实，若存在虚假情况，一切法律责任后果由本单位承担；对采购单位造成损失的，由本单位承担。**

法定代表人签名： （手签）

（单位公章）

年 月 日