**附件1：**

|  |
| --- |
| **成都市第四人民医院xx维保服务供应商考核表** |
| 供应商： |  |   满分10分 |
| 年份 | 月份 | 响应时间（3分） | 服务质量（4分） | 服务态度（3分） | 合计得分 | 考核部门  | 供应商 | 缺 陷 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 扣分标准： 响应不及时一次扣1分，质量一次不符扣2分，服务态度差一次扣1分。 |
| 备注：如每月缺陷不够记录可另附纸记录。 |

**附件2：**

成都市第四人民医院“严重精神障碍患者院内报告系统”维护服务

采购项目单一来源采购报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **报名方式** | **报名单位** | **联系人** | **联系人电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |

**附件3：**

法定代表人资格证明

 成都市第四人民医院：

 单位名称：

 地址：

 姓名：        性别：       职务：

身份证号码：              ，系 （公司名称）  的法定代表人，以本公司名义参加 **（项目名称）** 的单一来源采购，代表本公司进行比选谈判、签订合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

投标人（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件4：**

法定代表人授权书

 本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (公司名称) 的法定代表人，现授权 (姓名及职务) 为我（公司）委托代理人，以本公司的名义参加 **（项目名称）** 的单一来源采购。委托代理人在比选过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司及我本人均予以承认，并全部承担其所产生的所有权利和义务。

本授权书于 年 月 日生效，有效期 天。

委托代理人无转委托权。

特此委托。

投标人（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

委托代理人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日