

企业报价折扣证明

企业声明函（服务类）

致招标人:盱眙县人民医院

本公司郑重声明,根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》(财库〔2020〕46号)的规定,本公司参加盱眙县人民医院(单位名称)的盱眙县人民医院医用分子筛制氧系统、压缩空气系统等运行维保托管服务采购项目(项目名称)采购活动,提供的服务全部由符合政策要求的中小企业承接。相关企业的具体情况如下:

1. 盱眙县人民医院医用分子筛制氧系统、压缩空气系统等运行维保托管服务采购项目(标的名称),属于其他未列明行业(采购文件中明确的所属行业)行业;承接企业为安徽省天翔医疗股份有限公司(企业名称),从业人员67人,营业收入为6609.80万元,资产总额为4214.95万元,属于小型企业(中型企业、小型企业、微型企业);

2. (标的名称),属于(采购文件中明确的所属行业)行业;承接企业为(企业名称),从业人员__人,营业收入为__万元,资产总额为__万元,属于(中型企业、小型企业、微型企业)。

.....

以上企业,不属于大企业的分支机构,不存在控股股东为大企业的情形,也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假,将依法承担相应责任。

投标人:安徽省天翔医疗股份有限公司(电子签章)

法定代表人:_____ (电子签章或电子签字)

日期: 2025 年 09 月 23 日

注:从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据,无上一年度数据的新成立企业可不填报。

福利性单位声明函
（我单位非残疾人福利性单位，不需此件）

致招标人：

本单位郑重声明，根据《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》（财库〔2017〕141 号）的规定，本单位为符合条件的残疾人福利性单位。即，本单位同时满足以下条件：

1、根据《财政部 民政部 中国残疾人联合会关于促进残疾人就业政府采购政策的通知》（财库〔2017〕141 号）规定的划分标准，本公司为残疾人福利性企业。

2、本单位参加（采购单位名称）的（采购项目名称）采购活动提供本企业制造的货物，由本企业承担工程、提供服务，或者提供其他残疾人福利性单位制造的货物（不包括使用非残疾人福利性单位注册商标的货物）。

注：本公司对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

投标人： （电子签章）

法定代表人： （电子签章或电子签字）

日期：____年____月____日

注：非残疾人福利性单位不需提供此函。