附件3

供应商基本情况表

填表单位：（加盖单位公章） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 采购人 | 深圳市龙岗区第六人民医院 | 项目名称 | N末端脑利钠肽前体（NT—proBNP）测定试剂盒（荧光免疫层析法）等 |
| 投标（响应）供应商 |  | 供应商统一社会信用代码 |  |
| **投标（响应）供应商相关人员情况** |
| 序号 | 职务 | 姓名 | 身份证号码 | 劳动合同关系单位 | 缴纳社会保险单位 |
| 1 | 法定代表人/单位负责人/主要经营负责人 |  |  |  |  |
| 2 | 项目投标授权代表人 |  |  |  |  |
| 3 | 项目负责人 |  |  |  |  |
| 4 | 主要技术人员 |  |  |  |  |
| 5 | 投标文件编制人员 |  |  |  |  |
| **说明：同一职务有多人担任（如主要技术人员），应分行填写。** |
| **投标（响应）供应商关联关系情况** |
| 序号 | 关联关系类型 | 主体名称/姓名 | 持股/出资比例 | 备注 |
| 1 | 控股股东 |  |  | 指出资额（或持有股份）占投标（响应）供应商资本总额（或股本总额）50%以上的股东，以及出资额（或持有股份）的比例虽然不足50%，但依其出资额（或持有股份）所享有的表决权已足以对投标（响应）供应商股东会（或股东大会）的决议产生重要影响的股东。 |
|  |  |
|  |  |
| 2 | 管理关系 |  | 指对投标（响应）供应商不具有出资持股/姓名关系，但对其存在管理关系的主体。 |
| **说明：同一关联关系类型有多个主体的，应分行填写。** |

备注:后附相关人员最近一个月的社保缴纳证明材料。

供应商提供社保证明注意事项

一、如由于社保部门或税务部门原因，最近一个月的社保证明无法提供的可往前顺延一个月。

二、如投标人为新成立企业且成立时间不足一个月可提供加盖投标人公章的情况说明或者证明材料亦视为符。

三、如依法不需要缴纳社会保险的，应提供相应文件证明

四、如为退休返聘人员提供退休证明和聘用合同。

五、如本项目未安排项目投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员的，无需提供投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员的社会保险证明。