## 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 | 深圳市龙岗区耳鼻咽喉医院 |
| 项目名称 | 报废医疗设备进行残值评估及回收项目 | 项目编号 | CLF0125SZ01QY96 |
| 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 | 关联主体名称 | 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。** |

**注**：

1. 主要经营负责人即实际控制人，是指通过投资关系、协议或者其他安排，能够实际支配公司行为的人。
2. 如未有相关情况，请在相应栏填写“无”。
3. 投标供应商应如实申报本单位控股及管理关系人员信息，如存在隐瞒真实情况，提供虚假资料的，经查实，主管部门将依据《深圳经济特区政府采购条例》第五十七条的规定进行处罚。

## 《供应商基本情况表》附件

**投标时需提供《供应商基本情况表》附件，该要求作为供应商资格性审查的证明材料。**

注：

1.投标供应商如实提供上述人员的社会保险证明，如上述人员的社会保险未由投标供应商缴纳，亦需提供相应单位为其缴纳的社会保险证明。

2.投标供应商为新成立企业且成立时间不足一个月可提供加盖投标供应商公章的情况说明或者证明材料亦视为符合。

3.若为退休人员，提供退休证明。

4.如依法不需要缴纳社会保险的，提供相应文件证明。

5.若因为社保部门或税务部门原因无法提供的，需提供劳动合同及社保部门或税务部门官方通知证明（或官网公告截图）。

6.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、主要技术人员的社保。

7.主要经营负责人即实际控制人，是指通过投资关系、协议或者其他安排，能够实际支配公司行为的人。如投标供应商无主要经营负责人的，无需提供主要经营负责人的社保。

**8.请供应商按以下格式提供上述涉及人员近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳情况以及企业股权关系证明。（注：以下内容将作为评审委员会和主管部门判定本项目不同投标供应商是否涉嫌、属于串通投标的重要依据，请供应商认真填报，并保证所填信息的真实、准确和完整。）**

**（1）社保缴纳情况证明材料：**

1. **法定代表人**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **单位负责人（如有）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **主要经营负责人（如有）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **项目投标授权代表人**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **项目负责人**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **主要技术人员（有多人担任，应分行填写）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

1. **投标文件编制人员（有多人担任，应分行填写）**

**姓名：**

**身份证复印件（正反面）：**

**近三个月（含开标当月）中的任意一个月的社保缴纳凭证：**

**（2）企业股权关系证明材料（投标人根据自身情况提供证明材料）：**