附件1：

需求参数

一、总体要求

与遴选的第三方机构合作，第三方机构提供我院2024年对口支援“传帮带”工程派驻人员（共30人）的保险服务。

二、具体要求

（一）险种范围

包括但不限于意外身故、意外残疾、意外医疗、意外住院津贴等险种。

（二）保险额度

不少于50万/人/年。

（三）参加采购会议的供应商应当出具针对本项目严格遵照执行适用相关法规的承诺：

1.《中华人民共和国保险法》

2.《中华人民共和国安全生产法》

3.《中华人民共和国侵权责任法》

（四）合同确定原则

1.成交供应商不得进行分包、转包。

2.若成交供应商因自身原因不能履行合同的，采购方可以与排位在中标供应商之后第一位的中标侯选供应商签订采购合同，以此类推。

附件2： **主要表格**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **单价（万元）** | **金额（万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **合计** |  |  |  |  |

注：1. 报价应是最终用户验收合格后的总价，税费、采购文件规定的其它费用。

2.“报价一览表”为多页的，每页均需由法定代表人或授权代表

签字并盖投标人印章。

3.“报价一览表”需单独密封。

供应商名称（盖章）： 法定代表人或授权代表（签字）：

联系方式： 日期：

**业绩情况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 省外省级以上单位用户 | **用户名称** | **合同签订日期** | **联系人及联系方式** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 省内省级单位用户 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 省内其他用户 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

法定代表人或授权代表签字： 日期:

附件3：

**法定代表人身份授权书**

（采购单位名称）：

    本授权声明：        （机构名称）           （法定代表人姓名、职务）授权                   （被授权人姓名、职务）为我方 “                             ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

授权代表签字：

投标人名称：   （加盖公章）

日期：

★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。