附件：市场调研项目明细

**附件1:**

**四川省妇幼保健院遴选间充质干细胞合作机构项目调研明细**

**一、资质要求：**

1.营业执照（经有效年检，副本复印件）、税务证（国、地税副本复印件）、组织机构代码证（经有效年检，副本复印件）或提供三证合一的营业执照（经有效年检，副本复印件）；

2.授权委托书（原件）,法定代表人与经办人身份证复印件；

3.近三年内，参选单位（包含母公司和子公司）无重大行贿犯罪记录，无重大负面新闻（提供承诺函原件）；

4.参选单位（包含母公司和子公司）从未受到过国家行政部门处罚（提供承诺函原件）。

**二、服务内容及要求**

(一) 合作方案

包括但不限于合作模式、收费模式、分配模式、案例提供等。

（二）硬件、软件投入：

包括但不限于供应商提供的硬件、软件投入及我院需配合提供的场地、人员等投入。

运营发展部

2020年5月24日

**附件2：**

**法定代表人身份授权书**

（采购单位名称）：

本授权声明：（投标人名称）

（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。