**附件1：**

营门口院区餐厨垃圾收运服务质量考核表

**时间：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **类别** | **考核标准** | **分值** | **考核扣分** | **得分** |
| 1 | 证件 | 相关证件符合国家相关规定并在有效期内 | 40 | 不符合要求扣除40分 |  |
| 2 | 服务态度 | 相关服务人员服务态度良好 | 20 | 不符合要求扣除20分 |  |
| 3 | 收运 | 按照合同相关要求进行收运 | 20 | 不符合要求扣除20分 |  |
| 4 | 质量 | 相关产品符合合同相关规定 | 20 | 不符要求扣除20分 |  |
| 合计 |  |  | 100 |  |  |
| 缺陷记录 |  | | | | |

科室负责人： 考核人：

**附件2：**

成都市第四人民医院九江院区餐厨垃圾收运服务采购项目（第二次）

比价申请人报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **报名方式** | **报名单位** | **联系人** | **联系人电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |

**附件3：**

法定代表人资格证明

成都市第四人民医院：

单位名称：

地址：

姓名：        性别：       职务：

身份证号码：              ，系 （公司名称）  的法定代表人，以本公司名义参加成都市第四人民医院 **（项目名称）**的邀请比价，代表本公司进行比价谈判、签订合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

比价申请人（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件4：**

法定代表人授权书

本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (公司名称) 的法定代表人，现授权 (姓名及职务) 为我（公司）委托代理人，以本公司的名义参加成都市第四人民医院 **（项目名称）**的邀请比价。委托代理人在邀请比价比价过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司及我本人均予以承认，并全部承担其所产生的所有权利和义务。

本授权书于 年 月 日生效，有效期 天。

委托代理人无转委托权。

特此委托。

比价申请人（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

委托代理人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日