**（项目名称）**

**响 应 文 件**

项目编号：

**单位名称 ：** 全称 (盖章)

**法定代表人(或其委托代理人)：** (盖章)

**日 期： 年 月 日**

**一、响 应 函**

致： 漳州市医疗保障局

1. 根据已收到的项目编号为ZZQGC(ZB)21003的漳州市医疗保障局办公场所改造项目的抽取文件，我单位经研究上述工程招标文件后，愿意按抽取告知书规定的发包价组成和计算方法确定的发包价承担本项目，且在响应有效期内不修改、撤销报名。

2.一旦确定承包单位为我方，我方将按照抽取告知书规定向你方递交履约保证金，在抽取确认函规定的期限内与你方签订合同，并将严格按照国家相关法规、规范，在保证质量、安全的前提下，确保项目如期完成。

3.一旦确定承包单位为我方，我方将派出作为本工程的项目主要负责人，并按照抽取告知书的规定和有关文件规定配备相应人员。

4.我方承诺在本响应文件有效期内，本响应文件对我方具有约束力，并随时接受抽取确认。

5.除非另外达成协议并生效，你方的抽取确认函和本响应文件将构成约束我们双方的合同。

单位： （盖单位公章）

法人代表（或授权代理人）：（盖章）

地 址：

电话： 传真：

日期：年 月 日

**二、其它应提供的材料（如有）**