## 广州市天河区中医医院医疗设备院内论证报名须知

## 各（潜在）公司代表：

一、请贵公司按报名资格条件提交资质证明材料一份，在报名截止时间前送医院办公室（医院八楼）。

二、请按参加论证提交材料目录准备一式五份（正本一份和副本四份），同时提供《医疗设备院内采购论证报价书》**（设备报价为最终报价）**，所有资料需要密封并加盖公司公章，在报名截止时间前送医院办公室（医院八楼）。报名成功后，按电话通知准时出席，论证地点为医院八楼会议室。

三、以上所需材料请按材料格式要求提供，不能提供的请列明原因。

四、每个设备单独准备一份论证资料，不接受联合体报名。

**天河区中医医院医疗设备院内论证报名附件**

**材料目录**

1、生产厂家证件

2、经销公司证件

3、《医疗器械注册证》和《医疗器械产品注册登记表》

4、广东省二甲及以上医院产品中标通知书/发票复印件（三张）

5、经销公司法定代表人证明

6、经销公司业务员授权书

7、按用户需求书提供产品彩页和产品技术资料

8、产品配置清单

9、产品售后服务承诺

1. 同型号设备的客户名单
2. 设备所需耗材、试剂、质控品、校准品及主要易损件报价
3. 提供第三方出具的与企业信用、体系认证相关证书。
4. 提供投标人的业绩和信誉材料。
5. 报价人认为需要提交的其他资料

**材料格式**

**广州市天河区中医医院**

**医疗设备院内论证项目**

**（正本/副本）**

**参加项目编号：2023-**

**论证项目名称：**

**公司名称：**

**目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料要求** | **证明资料** |
| 1 | 生产厂家《生产厂家企业法人营业执照》、《医疗器械生产企业许可证》 | 第( )页 |
| 2 | 经销公司资证《企业法人营业执照》、《医疗器械经营企业许可证》 | 第( )页 |
| 3 | 《医疗器械注册证》、《医疗器械产品注册登记表》 | 第( )页 |
| 4 | 医院产品中标通知书或发票复印件（三张） | 第( )页 |
| 5 | 经销公司法定代表人证明 | 第( )页 |
| 6 | 经销公司业务员授权书 | 第( )页 |
| 7 | 公司简介 | 第( )页 |
| 8 | 产品彩页 | 第( )页 |
| 9 | 产品技术资料 | 第( )页 |
| 10 | 产品配置清单 | 第( )页 |
| 11 | 产品售后服务承诺 | 第( )页 |
| 12 | 同型号设备的客户名单 | 第( )页 |
| 13 | 医疗设备院内采购论证报价书 |  |
| 14 | 设备所需耗材、试剂、质控品、校准品及主要易损件报价 | 第( )页 |
| 15 | 提供第三方出具的与企业信用、体系认证相关证书。 |  |
| 16 | 提供投标人的业绩和信誉材料。 |  |
| 17 | 报价人认为需要提交的其他资料 |  |

**法定代表人/负责人资格证明书及授权委托书**

1. **法定代表人/负责人资格证明书**

兹证明，同志，（性别），现任我司职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

企业公章：

|  |
| --- |
| 粘贴法定代表人身份证复印件 |

**（2）法定代表人/负责人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于（公司地址）（公司名称）

（法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在天河区中医医院医疗设备采购活动中院内论证事务。

本授权书于年 月日签字生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

企业公章：

|  |
| --- |
| 粘贴代理人身份证复印件 |

医疗设备院内采购论证报价书

本公司（名称：）已收悉并理解接受院方的要求。参与论证 设备台（品牌：型号：）报价为。

并承诺：

1. 除提交资料内容外，向医院提供以下优惠条件：

2．附加说明（如提交资料与此表不符，以此为准）：

1）故障维修响应时间为小时，小时内工程师能到达现场；小时内修复；如不能修复，卖方保证提供(□同型号□同类型)设备备用机于买方故障报告小时内交付买方使用。

2）供货期：

3）保修期：

4）提供：□维修培训 □维修手册 □电路图 □维修密码

□软件终身免费重装及升级

5）保修期后是否只收零配件费用 □是 □否

6）其它：

 公司代表（签名）：

 年 月 日

|  |
| --- |
| 设备所需耗材、试剂、质控品、校准品及主要易损件报价 |
| 项目名称： |
| 报价内容： |
| 序号 | 生产厂家 | 产品名称 | 注册证号 | 注册证有效期 | 规格型号 | 单位 | 报价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 附加说明：1.以上报价为在“广州医用耗材采购交易平台”执行采购的价格。2.本单位与参加此次报价的其它单位负责人非同一人且不存在直接控股、管理关系。 |
| 公司名称： 日期： 年 月 日联系电话： |