## 天河区中医医院康复医疗设备采购项目院内比选报名须知

**各（潜在）公司代表：**

一、请按参加采购比选提交材料目录准备一式五份（正本一份和副本四份）的材料，所有资料需要密封并加盖公司公章，院内比选材料交到天河区中医医院八楼院办公室（地址：广州市天河区黄埔大道中棠石路9号8楼808室），林小姐，在接到电话通知准时参加院内比选，地点：广州市天河区棠石路9号天河区中医医院八楼会议室。

二、每个采购包准备一套比选资料，不接受联合体报名。

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。

**第一部分 材料基本目录**

1. 产品一览表
2. 经销公司证件复印件
3. 企业法定代表人资质证明书
4. 企业法定代表人授权委托书
5. 无违法、违规、违纪、违约行为承诺函
6. 产品销售授权委托书（不作为资格条件）
7. 生产厂家/上级代理商证件复印件
8. 产品证件复印件
9. 产品技术参数及配置清单
10. 用户需求偏离表
11. 产品售后服务承诺函
12. 同型号设备用户名单
13. 近三年同类项目汇总及合同关键页复印件
14. 产品彩页
15. 有配套使用耗材/试剂则提供:生产厂家证件复印件、产品证件复印件、产品销售授权委托书、近一年三家或以上广东省三甲医院发票
16. 提供第三方出具的与企业信用、体系认证相关证书。（不是必备材料）
17. 项目整体实施方案
18. 培训方案
19. 售后服务方案
20. 投标人认为需要提交的其他材料

说明：

1、以上材料需加盖公章，按顺序摆放，均在有效期内。

2、材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。

**第二部分 材料格式**

**广州市天河区中医医院**

**医疗院内比选基本目录**

**（正本/副本）**

**参加项目编号：2024-**

**采购项目名称：****天河区中医医院康复医疗设备采购项目院内比选项目**

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话/邮箱：**

**日期：**

**目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料要求** | **证明资料** |
| 1 | 产品一览表 | 第( )页 |
| 2 | 经销公司证件复印件 | 第( )页 |
| 3 | 企业法定代表人资质证明书 | 第( )页 |
| 4 | 企业法定代表人授权委托书 | 第( )页 |
| 5 | 无违法、违规、违纪、违约行为承诺函 | 第( )页 |
| 6 | 产品销售授权委托书（不作为资格条件） | 第( )页 |
| 7 | 生产厂家/上级代理商证件复印件 | 第( )页 |
| 8 | 产品证件复印件 | 第( )页 |
| 9 | 产品技术参数及配置清单 | 第( )页 |
| 10 | 用户需求偏离表 | 第( )页 |
| 11 | 产品售后服务承诺函 | 第( )页 |
| 12 | 同型号设备用户名单 | 第( )页 |
| 13 | 近三年同类项目汇总及合同关键页复印件 | 第( )页 |
| 14 | 产品彩页 | 第( )页 |
| 15 | 有配套使用耗材/试剂则提供:生产厂家证件复印件、产品证件复印件、产品销售授权委托书、近一年三家或以上广东省三甲医院发票 | 第( )页 |
| 16 | 提供第三方出具的与企业信用、体系认证相关证书。（不是必备材料） | 第( )页 |
| 17 | 项目整体实施方案 |  |
| 18 | 1. 培训方案
 |  |
| 19 | 售后服务方案 |  |
| 20 | 投标人认为需要提交的其他材料 |  |

1. 产品一览表

公司名称：

联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 品牌型号 | 生产企业名称及原产地 | 保修期（年） | 供货期（天） | 单价（元） |
| 必须与《医疗器械注册证》一致 | 必须为《医疗器械注册证》附表或附表相符内容 | 必须为《医疗器械注册证》上全称 | 整机保修 |  |  |

1）卖方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）提供：□维修培训□维修手册□电路图□维修密码□软件终身免费重装升级□数据采集的接口协议

3）保修期后只收零配件费用 □是 □否 □无零配件

4）对医院场地安装要求（如基建、防护、屏蔽、供电、供水、供气、信息化）及操作人员资质要求（如有则提供）

5）主要零配件报价：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 配件名称 | 规格型号 | 描述 | 计数单位 | 数量 | 配件单价（元） |
| 1 | 可按需要自行补充表格 |  |  |  |  |  |

6）配套使用耗材/试剂（如有必须填下表，否则后期无法引进）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 生产厂家 | 耗材名称 | 注册证号 | 注册证到期日期 | 规格型号 | 计量单位 | 报价（元） | 用户名称/发票价格 | 是否新进院 |
| 1 | 必须与《医疗器械注册证》一致 | 必须与《医疗器械注册证》一致 |  |  | 必须与《医疗器械注册证》一致 | 可销售的最小单位 |  |  |  |

公司名称：

法人代表或授权代表签名：

日期： 年 月 日

**2.销售公司证件复印件**

1. 营业执照
2. 报价产品为第三类医疗器械：医疗器械经营许可证
3. 报价产品为第二类医疗器械：医疗器械经营备案凭证
4. 若为分公司报价的，必须由具有法人资格的总公司证件复印件及授权

3.**法定代表人/负责人资格证明书**

**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）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 粘贴法定代表人身份证复印件 |

**4.法定代表人授权委托书**

法定代表人授权书格式

（对于银行、保险、电信、邮政、铁路等行业以及获得总公司响应授权的分公司，可以提供响应分支机构负责人授权书）

法定代表人授权书

致：广州市天河区中医医院

本授权书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_是注册于（国家或地区）的（供应商名称）的法定代表人，现任\_\_\_\_\_\_\_\_职务，有效证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。现授权（姓名、职务）作为我公司的全权代理人，就“天河区中医医院康复医疗设备采购项目院内比选项目”项目采购的响应和合同执行，以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日签字生效，特此声明。

供应商（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职 务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被授权人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

职 务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.无违法、违规、违纪、违约行为承诺函**

我公司在近三年的商业活动中无违法、违规、违纪、违约行为。若在本次医疗设备/医用耗材(试剂)采购活动的全过程中，被查实我公司上述承诺不属实，则院方有权取消我公司报价及成交资格

特此承诺。

公司名称(盖章):

日期:

**6.产品销售授权委托书：格式自拟**

**7.生产厂家/上级代理商证件复印件：**

1）报价产品为国产医疗器械:生产厂家的营业执照、生产厂家的生产许可证报价

2）产品为进口医疗器械:每级代理商的营业执照每级代理商的医疗器械经营许可证(第三类)每级代理商的医疗器械经营备案凭证(第二类)

3）报价产品为消毒产品:生产厂家的营业执照、生产厂家的卫生许可证

**8．产品证件复印件**

1）报价产品为第一类医疗器械:医疗器械备案凭证

2）报价产品为第二类、第三类医疗器械:医疗器械注册证

3）报价产品为消毒产品:新产品卫生许可批件/非新产品卫生安全评价报告

**9.产品技术参数及配置清单：格式自拟**

**10.用户需求偏离表**

1）技术参数偏离表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院方需求 | 实际参数（报价人应按设备实际数据填写，不能照抄院方参数要求） | 是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

2）配置偏离表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院方需求 | 实际参数（报价人应按设备实际数据填写，不能照抄院方参数要求） | 是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

3）售后服务偏离表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院方售后服务需求 | 实际参数（报价人应按设备实际数据填写，不能照抄院方参数要求） | 是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**11.产品售后服务承诺函：格式自拟**

**12．同型号设备用户名单**

|  |  |
| --- | --- |
| 产品品牌型号 |  |
| 配置单位名称 | 型号 | 购置年月 | 数量 |
| 可按需要自行补充表格 |  |  |  |

**13. 近三年同类项目汇总及合同关键页复印件**

**14.产品彩页**

**15. 有配套使用耗材/试剂则提供:生产厂家证件复印件、产品证件复印件、产品销售授权委托书、近一年三家或以上广东省三甲医院发票**

1）如无广东省内用户可酌情提供国内三甲医院发票复印件；

2）如无广东省三甲医院用户可酌情提供广东省二甲医院发票复印件。

**16.投标人认为需要提交的其他材料：格式自拟**

**17.提供第三方出具的与企业信用、体系认证相关证书。（不是必备材料）：格式自拟**