**资 料 目 录**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **备注** | **页码** |
| 1 | 封面 | 附件1 |  |
| 2 | 目录 |  |  |
| 3 | 供应商报名表 | 附件2 |  |
| 4 | 法定代表人授权书原件及身份证复印件（双面） | 附件3 |  |
| 5 | 设备报价单（含品牌、生产厂家、型号、原产地、到货期）  与保修期后年维保报价 | 附件4 |  |
| 6 | 设备详细技术参数 |  |  |
| 7 | 设备特点、优点（独有功能、技术，相比竞品的优势等） |  |  |
| 8 | 设备标准配置清单及选配件清单 | 附件5 |  |
| 9 | 耗材内容确认表 | 附件6 |  |
| 10 | 易耗品清单及报价 | 附件7 |  |
| 11 | 本品牌全系列产品型号表，及各系列下不同型号关键参数对比表 | 附件8 |  |
| 12 | 供应商三证 |  |  |
| 13 | 供应商医疗器械经营许可证及备案许可 |  |  |
| 14 | 设备医疗器械注册证、注册证登记表、及注册证附页 |  |  |
| 15 | 设备生产厂家三证 |  |  |
| 16 | 配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）医疗器械注册证及登记表 |  |  |
| 17 | 耗材和试剂清单及分项报价单 | 附件9 |  |
| 18 | 供应商合法销售设备有效授权书（可有效追溯至原厂）、原厂售后服务承诺书 |  |  |
| 19 | 前3年内在政府采购活动中没有重大违法记录的书面声明 |  |  |
| 20 | 其他单位中标资料，内容包含中标通知书、配置清单、配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）、发票复印件 |  |  |
| 21 | 所报名品牌型号的装机用户清单 |  |  |
| 22 | **产品彩页（彩页须含关键技术参数）及技术参数白皮书(单独发送电子版，确保文字、图片清晰可见)** |  |  |

备注：1-22项均为必备文件，按项目内容顺序排列，并注明页码。若无法提供该项目文件，请在该项所对应的页面上填写情况说明。

附件1

**医疗设备市场调研**

**产品资料书**

**设备名称：**

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

**日期： 年 月 日**

附件2

**供应商报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** |  | | |
| **公司名称** |  | | |
| **使用科室** |  | **报名日期** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **品牌** |  | **规格型号** |  |
| **注册证号** |  | **注册证有效截止日期** |  |
| **是否有耗材或试剂** |  | **耗材是否专机专用** |  |
| **耗材注册证** |  | **耗材价格** |  |
| **该类设备市场**  **占有率前三家品牌** |  |  |  |

**（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）**

**签名 盖 章：**

附件3

**法定代表人授权书原件及身份证复印件（双面）**

厦门市中医院：

厦门 有限公司法定代表人 代表本公司授权 （身份证号 ）为本公司的投标代表人，代表我方参加厦门市中医院 项目的投标，全权代表我方处理投标过程中的一切事宜，包括但不限于：投标、参加开标、谈判、澄清、签约等。投标代表人在投标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我方均认可并对此承担责任。

有效授权时间:2024年 月 日至2024年 月 日

法定代表人： （签字） 性别： 身份证号：

投标代表人： （签字） 性别： 身份证号：

公司名称（全称并加盖公章）：厦门 公司

详细通讯地址：厦门市思明区

邮政编码：361009 公司联系电话：

法定代表人和投标代表人身份证正反面复印件（复印件必须加盖公章）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人身份证正面 | 法人身份证背面 |
| 授权代表身份证正面 | 授权代表身份证背面 |

附件4

**报价单**

**货币单位：人民币**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **品牌** | **型号** | **数量** | **生产厂家** | | | **单价（元）** | | **总价（元）** |
| 1 |  |  |  |  |  | | |  | |  |
| **保修期** |  | **保修期后年维保报价** | |  | | **到货期** | |  | | |
| **（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）**  **签名 盖 章：** | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | |

附件5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **设备标准配置清单及选配件清单** | | |
| **标准配置清单** | | |
| **序号** | **名称** | **数量** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **选配件清单** | | |
| **序号** | **选配件名称** | **价格** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）**  **签名 盖 章：** | | |

附件6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备使用相关耗材情况** | | | | | | | | | | | | |
|  | **注册证名称** | **规格** | **注册证号** | **省内公立医疗机构**  **使用情况**  **（需提供发票扫描件）** | **生产厂商** | **单价（元）** | **物价部门核准本耗材单独收费代码** | **无单独收费（包括本耗材收费项目）** | | | **被授权供应商** | **供应商企业联系人** |
| **收费名称** | **收费标准** | **收费代码** |  |  |
| **专机专用耗材** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **推荐使用非专机**  **专用耗材** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **同一功能其他厂家非专机专用耗材（与推荐使用耗材相对应）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）**

**签名 盖 章：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附表7 |  |  |  |
| **设备易耗品清单** | | | |
|  |  |  |  |
| **序号** | **易耗品名称** | **易耗品使用寿命** | **易耗品单价** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）**

**签名 盖 章：**

附件8

**本品牌全系列产品型号表**

**（备注：系列按档次从左到右由高到低填写，型号按档次从上到下由高到低填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **高端：\*\*\*系列**  **（主要特点：\*\*\*）** | | **中端：\*\*\*系列**  **（主要特点：\*\*\*）** | | **低端：\*\*\*系列**  **（主要特点\*\*\*）** | |
| 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

**（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）**

**签名 盖 章：**

**附件9**

**耗材和试剂清单及分项报价单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格** | **价格** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）**

**签名 盖 章：**