杭州市第一人民医院桐庐医院

院内遴选采购

（医用耗材、检验试剂类）

项目名称：

供应商名称：

日期：年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

一、报名须知

二、供应商报名登记表

三、供应商通讯地址及联系方式

四、法定代表人授权委托书

五、项目参数响应表

六、价格承诺书及省平台线上采购承诺书

七、无重大违法行为承诺书

八、相关证照

1. 营业执照
2. 医疗器械经营有效证照
3. 医疗器械产品有效证件
4. 生产厂家生产许可证
5. 生产厂家营业执照
6. 生产厂家对经销商的授权书

九、其他资料

1. 产品图片和说明书
2. 销售业绩

## 一、报名须知

1. 所供耗材具有完善的销售供应和售后服务的保障体系，货源充足，供货及时，运输应符合耗材保存要求，具有8小时内加急供货的应急能力，定期提供操作培训及技术支持。
2. 所供耗材参数和设备符合临床使用需求，免费升级软硬件以适应临床需要。
3. 耗材和设备运输、安装至正常使用所产生的一切费用由供应商承担。
4. 产品必须有浙江省药械平台产品代码和相关配送权，并同意线上采购。
5. 提供的产品和设备必须具有有效产品注册证或证明文件。
6. 合同执行过程中，如发现耗材的采购价格高于浙江省阳光采购最低价，承诺调整到最低价。耗材纳入省或市集中招标采购目录的，若本合同耗材未能中标，则合同自动终止；如中标，则按中标价格执行。
7. 合同期内，如产品在有效期内出现质量问题，应无条件退货，并承担由此造成的经济和法律责任。
8. 请在下列横线上手写以下文字：“在杭州市第一人民医院桐庐医院的提示、说明下，我方已充分阅读并理解上述条款，自愿接受以上条款约束。”

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

供应商(盖单): 签名:

日期： 年 月 日

## 二、供应商报名登记表

**供应商报名登记表**

**报名时间**： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目编号** | **项目名称** | **产品名称** | **省平台产品代码** | **国家医保编码** | **注册证号** | **生产厂家** | **品牌** | **型号规格** | **单位** | **浙江省内二甲以上医院销售价格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：一个单位报名多个项目可加行。

**配套设备报名登记表**

**报名时间**： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **品牌** | **型号** | **注册证号** | **生产厂家** | **省内医院销售价格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  | **提供发票复印件** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：若无配套设备，无需填写此表。

## 三、供应商通讯地址及联系方式

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 四、法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

杭州市第一人民医院：

我\_（姓名）系 \_\_（供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工（姓名）以我方的名义参加贵院 （项目名称） 项目的院内自行采购活动，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职 务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件  正反 |  | 被授权人身份证复印件  正反 |

附：社保机构出具的报名截止日前6个月内授权代表的单位社保缴纳证明，任职不足6个月的可提供劳动合同证明文件。

## 五、项目参数响应表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 响应情况 | 偏离情况 | 说明 |
| 1 |  |  |  | （此列填写响应内容的具体页码） |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**备注：请逐条对应公告内的项目参数要求响应。**

## 六、价格承诺书及省平台线上采购承诺书

**承诺书**

杭州市第一人民医院桐庐医院：

我单位供应给杭州市第一人民医院桐庐医院的产品销售价格不高于该产品在浙江省内其他医疗机构的销售价格。

我单位同意线上采购，提供的产品具有浙江省药械采购平台产品代码和相关配送权。

若违背上述承诺，我单位愿意无条件终止与医院的供货合同，并承担因此引起的一切后果。

承诺单位（公章）：

法定代表或其授权人（签字）：

日 期： 年 月 日

## 七、无重大违法行为承诺书

**无重大违法行为承诺书**

杭州市第一人民医院桐庐医院：

我方愿意参加贵方组织的项目采购活动，并就参加本次采购活动有关事项郑重声明如下：

1.我方向贵方提交的所有文件、资料都是准确的和真实的。

2.我方参加本次采购活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录。

3.我方未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

4.以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

承 诺 单 位（公章）：

法定代表或其授权人（签字）：

日 期： 年 月 日

## 八、相关证照

1.营业执照

2.医疗器械经营有效证照

3.医疗器械产品有效证件

医用耗材和医疗设备（如有）均需提供有效产品注册证、备案证或证明文件（不作为医疗器械管理的产品需提供对应的药监文件说明）。所提供的产品型号需在医疗器械注册证的附页上用下划线表示。

4.生产厂家生产许可证

5.生产厂家营业执照

6.生产厂家对经销商的授权书（耗材和进口设备）

## 九、其他资料

1.产品图片和说明书

2.相同产品销售业绩

提供近三年来向省内二甲医院供货的所有名单，并附相关销售发票的复印件（未附发票视为无效名单）。