浙江大学医学院附属儿童医院

院内自行采购

（医疗设备类）

项目名称：

供应商名称：

日期：2022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、无重大违法行为承诺书

七、相关证照

1.营业执照

2.医疗器械经营有效证照（适用于按医疗器械管理的设备）

3.医疗器械产品有效证件（适用于按医疗器械管理的设备）

4.生产厂家生产许可证

5.生产厂家营业执照

6.生产厂家对供应商的授权书

八、其他资料

1.产品彩页/图片

2.相同产品销售业绩

## 一、报名须知

1. 所供设备参数和配置符合医院使用需求。
2. 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。
3. 设备如有耗材必须提供耗材价格，医用一次性耗材必须在浙江省药械平台中标或有阳光采购代码。
4. 提供设备联网数据接口类型及协议，并协助完成设备与医院网络的互联互通，相关费用由设备供应商承担（如有）。
5. 提供设备首次质检、调试、计量等工作（如需）。
6. 安装时提供用户操作手册、维修手册、简易操作规程等相关资料。
7. 设备软件永久免费升级（如有）
8. 提供必要的人员培训服务（如需）。

请在下列横线上手写以下文字：“在浙江大学医学院附属儿童医院的提示、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**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **生产地址** | **品牌** | **型号** | **有无一次性使用耗材** | **有无易耗品** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.一个单位报名多个项目可加行；

2. 如有一次性使用耗材或易耗品需注明具体名称。

## 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）

浙江大学医学院附属儿童医院：

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：社保机构出具的投标截止日前6个月内授权代表的投标单位社保缴纳证明，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：请逐条对应附件1的项目参数要求填写此表。此表不填或填写为无偏离，视为完全响应采购要求。**

## 六、无重大违法行为承诺书

**无重大违法行为承诺书**

浙江大学医学院附属儿童医院：

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

## 七、相关证照

1.营业执照

2.医疗器械经营有效证照（适用于按医疗器械管理的设备）

3. 医疗器械注册或备案证明（适用于按医疗器械管理的设备）

4.生产厂家生产许可证

5.生产厂家营业执照

6.生产厂家对供应商的授权书

## 八、其他资料

1.产品彩页/图片

2.相同产品销售业绩

提供近三年来向省内三甲医院供货的名单，并附相关合同复印件（未附合同视为无效名单）。