浙江大学医学院附属儿童医院

院内动态调整

项目名称：

供应商名称：

日期：2023年 月

**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
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

八、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. 产品必须有两定机构医疗保障信息平台中标代码和相关配送权。
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。

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**

**报名时间**：2023年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **产品名称** | **中标代码** | **型号规格** | **产地品牌** | **单位** | **中标价** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：一个单位报名多个项目可加行。

**租赁设备报名登记表**

**报名时间**：2023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** | **省内医院租赁价格** | **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）

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） 项目的院内遴选活动，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：请逐条对应附件1的项目参数要求响应。**

**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

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）

**八、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三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）。