浙江大学医学院附属儿童医院

市场调研

（医疗设备类）

项目名称：

供应商名称：

日期：2024年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

1. 报名须知
2. 报价单
3. 供应商通讯地址及联系方式
4. 法定代表人授权委托书
5. 中小企业声明函（如有）
6. 项目参数响应表
7. 无重大违法行为承诺书
8. 相关证照
9. 营业执照
10. 医疗器械经营有效证照（适用于按医疗器械管理的设备）
11. 医疗器械产品有效证件（适用于按医疗器械管理的设备）
12. 生产厂家生产许可证
13. 生产厂家营业执照
14. 生产厂家对供应商的授权书
15. 其他资料
    1. 产品彩页/图片
    2. 相同产品销售业绩

## 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

## 报价单

**报价单**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **产地品牌型号** | **注册证号** | **数量** | **单价**  **（万元）** | **总价**  **（万元）** | **保修**  **时间** | **有无一次性使用耗材/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，并单独附价格清单。

**一次性使用耗材/易耗品价格清单**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **产地品牌型号** | **注册证号** | **产品代码** | **采购类型** | **单位** | **单价** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1. 产品代码是指浙江省药械采购平台代码；

2. 采购类型是指浙江省药械采购类型，包括挂网产品、阳光采购和自行采购等3类。

## 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：

## 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） 项目的市场调研，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。

## 中小企业声明函（如有）

中小企业应当按照《政府采购促进中小企业发展管理办法》规定和《中小企业划型标准规定》（工信部联企业〔2011〕300号），如实填写并提交《中小企业声明函》。

**中小企业声明函（货物）**

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司（联合体）参加*（单位名称）*的*（项目名称）*采购活动，提供的货物全部由符合政策要求的中小企业制造。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

1. *（标的名称）* ，属于*（所属行业）行业*；制造商为*（企业名称）*，从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元1，属于*（中型企业、小型企业、微型企业）*；

2. *（标的名称）* ，属于*（所属行业）行业*；制造商为*（企业名称）*，从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于*（中型企业、小型企业、微型企业）*；

……

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日期：

（备注：从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。）

## 项目参数响应表及配置清单（附产品介绍）

## 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

## 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. 医疗器械注册证及备案证明（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等

## 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）。