浙江大学医学院附属儿童医院

院内自行采购

（临床试剂类）

项目名称：

供应商名称：

日期：2024年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

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. 所供试剂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，运输应符合试剂保存要求，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. 所供试剂参数和设备（如需）符合临床使用需求，免费升级软硬件以适应临床需要。
3. 试剂和设备（如需）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代码和相关配送权，并同意线上采购。
5. 提供的产品和设备（如需）必须具有有效产品注册证或证明文件。
6. 完成采购项目所需的全部主试剂、辅助试剂或耗品（包括清洗液、缓冲液、校准品、质控品、底物、反应试管等）的商品名、规格、型号及价格等由供应商详细列出，未在列的辅助试剂或耗品视作配套提供。
7. 合同执行过程中，如发现试剂或耗材的采购价格高于浙江省阳光采购最低价，要求调整到最低价。试剂或耗材纳入省或市集中招标采购目录的，若本合同试剂或耗材未能中标，则合同自动终止；如中标，则按中标价格执行。
8. 须在结果公告后30天内且合同签订后1个工作日内完成医院物资管理系统的物资字典推送并具备执行合同的能力，否则院方有权取消本次采购结果或终止合同，并承担由此造成的经济损失。
9. 合同期内，医疗收费标准出现调整的：若收费标准上浮，按原收费标准及供应商承诺的成本占比进行试剂成本核算；若收费标准下浮，按下浮后的收费标准及供应商承诺的成本占比进行试剂成本核算。

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**： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **产品注册名称** | **平台产品代码** | **注册证号** | **生产厂家** | **品牌** | **型号规格（人份/盒）** | **浙江省内三甲医院销售价格（元/人份）** | **备注（提供其他医院销售发票复印件）** | **备注** |
| 粪便钙卫蛋白检测 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1、产品代码是指两定机构医疗保障信息平台代码（产品ID）；

2、型号规格若是ml/盒，则须同时提供每盒测试数，即人份/盒；

 3、一个单位报名多个规格可加行；

4、采购需求中要求提供采样、定量装置及稀释液、校准品、质控品等配套耗材，应在备注栏注明产品名称、注册证号、生产企业等产品信息，也可另附表格。

**租赁设备（如需）报名登记表**

**报名时间：** 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备（如需）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（如需），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：请逐条对应附件1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**

浙江大学医学院附属儿童医院：

我单位供应给浙江大学医学院附属儿童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**

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

## 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

 项目所用产品(包括主试剂、配套试剂和各种质控品以及完成测试所需的所有耗材）和医疗设备（如需）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（试剂和进口设备（如需））

## 九、其他资料

1.产品图片和说明书

2.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）。