# 报名材料

## 报名登记表

**供应商报名登记表**

**报名时间：**2024年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **产地品牌型号** | **注册证号** | **数量** | **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。

**一次性使用耗材/易耗品清单**

**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** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 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等

## 项目初步需求响应表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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的项目初步需求响应，包含基本要求、主要功能及参数、配置及售后。**

## 产品相关资质及彩页

## 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）。

## 其他需提供的资料