**文件袋封面格式**

**黄埔区中医医院医用耗材报名文件（正本 本，副本 本）**

项目名称：按公告文件中写明的项目名称（序号+名称）

报名单位（盖章）：

联 系 人：

联系电话：

邮箱：

报名时间：

**广州市黄埔区中医医院医用耗材公开遴选**

**报 名 文 件**

**项目编号：H2024032802**

**分包序号： 例：1**

**分包名称： 例：一次性使用鼻腔止血海绵**

（每个分包独立评标，如投标同个项目的多个分包，请按分包分别做一份标书）

**（正本/副本）**

**报名人名称（盖章）：**

**注册地址：**

**联 系 人：**

**联系电话：**

**联系人Email：**

**报名文件目录表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **文件名称** | **提交情况** | | **页码** | **备注** |
| 有 | 无 |  |  |
| 1 | 报名函（格式1） |  |  |  |  |
| 2 | 资格声明函（格式2） |  |  |  |  |
| 3 | 信息及报价一览表（格式3） |  |  |  |  |
| 4 | 供应商资质（医疗器械经营企业许可证或非医疗器械的其他证明、营业执照、税务登记证） |  |  |  |  |
| 5 | 法定代表人（负责人）证明书（格式4） |  |  |  |  |
| 6 | 法定代表人（负责人）授权委托书（格式5） |  |  |  |  |
| 7 | 厂家给代理商授权书（授权书要可追溯至厂家） |  |  |  |  |
| 8 | 厂家资质（医疗器械生产企业许可证或医疗器械经营许可证或第二类医疗器械经营备案凭证、营业执照、税务登记证） |  |  |  |  |
| 9 | 制造商或生产厂家声明函（格式6） |  |  |  |  |
| 10 | 医疗器械注册证及其附页或备案凭证及备案信息表（非医疗器械产品需提供对应资质） |  |  |  |  |
| 11 | 产品安全性证明文件情况（提供产品使用说明书及产品标准或产品技术要求） |  |  |  |  |
| 12 | 产品抽查检测报告书复印件（产品送货后须提供） |  |  |  |  |
| 13 | 供货承诺函（格式7） |  |  |  |  |
| 14 | 服务方案（格式8） |  |  |  |  |
| 15 | 功能要求和售后服务响应表（格式9） |  |  |  |  |
| 16 | 集采平台及国家医保码备案情况 |  |  |  |  |
| 17 | 同类项目业绩一览表（格式10） |  |  |  |  |
| 18 | 杜绝商业贿赂承诺函（格式11） |  |  |  |  |
| 19 | 其他文件资料 |  |  |  |  |
| 20 | 耗材样品 |  |  | 按要求单独包装 | |
| 21 | 信息表及U盘 |  |  | 按要求单独包装 | |

**备注：**

1. 报名人以上所递交的资料按规定加盖报名人公章；

2. 报名人认为有必要提交的其他文件可自行增加表格栏目，以上报名文件提交时必须严格按照《报名文件目录表》的排列顺序装订成册。

**初步评审自查表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **审查内容** | **自查结论** | **证明资料** |
| 1 | 报名函、资格声明函 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 2 | 法定代表人（负责人）证明书、法定代表人（负责人）授权委托书 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 3 | 具有独立承担民事责任能力的在中华人民共和国境内注册的法人或其它组织。 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 4 | 供应商非生产厂家或制造商的，提供产品来源渠道合法的证明文件（原厂授权销售协议、代理协议、授权书等其中之一）。 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 5 | 本项目不接受联合体报名。 | 通过或不通过 | // |
| 6 | 报价有效期：90日 | 通过或不通过 | // |
| 7 | 报名文件按照规定要求签署、盖章 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 8 | 报名单价是固定价 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 9 | 能满足用户的功能需要 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 10 | 报名人满足采购文件的要求 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 11 | 无采购文件中规定的被视为无效报名的其它条款的 | 通过或不通过 | 见报名文件  第（）页 |
| 12 | 未出现法律、法规、规章规定属于报名无效的其他情形 | 通过或不通过 |  |

备注：

1、以上材料将作为报名人合格性和有效性审核的重要内容之一，报名人必须严格按照其内容及序列要求在报名文件中对应如实提供，对缺漏和不符合项将会直接导致无效报名。

2、报名人须在“自查结论”栏填写通过或不通过，在“证明资料”栏填写页码。

1. **报名函**

**报名函**

致：广州市黄埔区中医医院医院

根据贵院采购项目名称：广州市黄埔区中医医院2024年度医用耗材供应商遴选项目 文件要求，签字代表\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(全名及职衔)经正式授权并以报名人 (报名人名称、地址)的名义报名，并提交报名文件。

在此，我方声明如下：

1. 我方同意并接受采购文件的各项要求，遵守采购文件中的各项规定，按采购文件的要求提供报价。
2. 我方同意报名有效期为报名截止日起90日。如果我方报名的项目确定成交，报名有效期延长至合同验收之日。
3. 我方已经详细地阅读并完全明白了全部采购文件及附件，包括澄清、修改（如有）和所有已提供的参考资料以及有关附件，我方完全明白并认为此采购文件没有倾向性，也不存在排斥潜在报名人的内容，我方同意采购文件的相关条款，放弃对采购文件提出误解和质疑的一切权力。
4. 我方已毫无保留地向贵方提供一切所需的证明材料。
5. 我方完全服从和尊重评委会所作的评定结果，同时清楚理解到报价最低并非意味着必定获得成交资格。
6. 完全理解医院拒绝迟到的任何报名和最低报名报价不是被授予成交的唯一条件。
7. 如果我方未对采购文件要求作功能需求响应，则完全同意并接受按无效报名处理。
8. 我们证明提交的一切文件，无论是原件还是复印件均为准确、真实、有效、完整的，绝无任何虚假、伪造或者夸大。我们在此郑重承诺：在本次采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，采购人有权取消我方的报名及成交资格，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。

**（注：本报名函内容不得擅自删改，否则视为无效报名）**

报名人名称（盖公章）：

报名人授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

1. **资格声明函**

**资格声明函**

致：广州市黄埔区中医医院

关于贵方采购项目名称：广州市黄埔区中医医院2024年度医用耗材供应商遴选项目 报名邀请，我司参与报名，并按采购文件要求提交所附资格文件且声明和保证如下：

1. 我方为本次报名所提交的所有证明其合格和资格的文件是真实的和正确的，并愿为其真实性和正确性承担法律责任；
2. 我方在参加本次报名前 1 年内，在经营活动及参与采购报名活动中没有重大违法活动及涉嫌违规行为，并没有因而被有关部门警告或处分的记录，投标产品无不良记录，否则将自动弃标。
3. 我方承诺，不会在过程中有任何违法违规行为，并严格按照有关要求进行报价和价格谈判等程序。
4. 如果我方最终中标，我方保证按照招标公告和贵院的要求供应中标产品。
5. 我方保证在本次招标中所提供投标价格为平台最低成交价，如在中标后发现不是最低成交价，贵院有权要求我单位补差价或废标。
6. 特此声明！

报名人名称（盖公章）：

报名人授权代表（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

1. **报价一览表**

**信息及报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 是否为国家集采中选目录内 （是/否） | 耗材目录 | 注册证名称 | 规格型号（若为同一类产品，规格型号可写区间） | 生产厂家 | 最小计量单位 | 广州市平台编码 | 市平台采购报价（元） | 招采平台报价（元） | 国家医保耗材代码 | 注册证 | 注册证有效期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**说明：报价为一次性报价，若为集采产品，请填写集采价格；若为非集采产品请填写价格不得高于招采平台和市平台最低价格。**

1. **法定代表人（负责人）证明书**

**法定代表人（负责人）证明书**

现任我单位 职务，为法定代表人（负责人），特此证明。

有效期限与本公司所提交的报名文件标注的报名有效期一致。签发日期： 年 月 日

附：

代表人性别： 年龄： 身份证号码：

营业执照注册号： 企业类型：

经营范围：

。

法定代表人（负责人）

居民身份证**正反面**复印件粘贴处

报名人名称（盖公章）：

地 址：

日 期：

注：法定代表人是指营业执照中注明的“法定代表人”负责人是指营业执照中注明的“负责人”

1. **法定代表人（负责人）授权委托书**

**法定代表人（负责人）授权委托书**

本授权书声明：注册于 （公司地址）的（报名人名称）在下面签字的[法定代表人（或负责人）姓名、职务]代表本公司授权（单位名称）的（授权代表姓名、职务）为本公司的合法代理人，就广州市黄埔区中医医院2024年度医用耗材供应商遴选项目活动，提交报名文件及采购合同的签订、执行、完成和售后服务，作为报名人代表以本公司的名义处理一切与之有关的事宜。

被授权人（报名企业授权代表）无转委托权限。

本授权书于 年 月 日签字之日起生效，特此声明。

附：

报名人名称（盖公章）：

地址：

法定代表人（或负责人）签字或盖章：

报名人代表（授权代表）签字或盖章：

职务：

注：法定代表人是指营业执照中注明的“法定代表人”

负责人是指营业执照中注明的“负责人”

报名人代表（授权代表）

居民身份证**正反面**复印件粘贴处

1. **制造商或生产厂家声明函**

**制造商或生产厂家声明函**

**（报名人是所投产品的生产厂家或制造商的适用）**

致：广州市黄埔区中医医院

我方参加广州市黄埔区中医医院2024年度医用耗材供应商遴选项目的报名，本次项目所投【设备或产品名称】设备为我司生产制造、集成，我司是依法成立、有效存续的制造、生产单位。如获中标/成交，我司将按报名响应完成报名产品的生产供应及承担质量保证和售后服务。

特此声明！

                                             报名人名称（盖公章）：

日    期：      年       月     日

1. **供货承诺函**

**供货承诺函**

致：广州市黄埔区中医医院

我单位 （投标公司全称，盖章）是合法注册的医用耗材生产/经营企业。若我单位获得中标资格，我单位承诺：

1、我单位供货产品确保最新生产批号，绝不提供过期或即将过期的产品。否则，贵院有权单方面拒绝收货。

2、若中标产品有断货或停货等特殊情况时，我单位保证提前需提前告知医院，并出示加盖公章的停货书面说明。断货期间，贵院有权向其他供货商购买同类产品，直到我单位能继续供货为止。

3、在实际使用过程中如因产品原因出现异常情况，我单位保证及时请厂家或专家到贵院协助解决异常情况，一切费用由我单位负责。

4、对于一些需要指导的新产品，我单位保证做好相关培训工作，培训产生的费用由我单位负责。

5、新开展的项目或同一测定项目检测方法改变升级，我单位保证无条件提供货源。

6、我单位保证在供货中对因运输破损等原因无法使用的产品无条件退换。

7、对于接近有效期的产品（近效期3个月或以上的），我单位保证无条件更换新批号且效期在半年以上的产品。

8、若我单位无生产（或代理）相关产品，有义务帮助医院经过第三方寻找并报价，成交价格为平台最低成交价格。

如有违约，自愿接受贵院处罚。

本承诺书有效期限：自签订购销合同开始至合同有效期截止。

投标公司（盖章）：

被授权人（签字）：

日期： 年 月 日

1. **服务方案**

**详细服务方案**

说明：按照六个方面详细阐述服务方案，**具体包括：**

1. 技术支持；
2. 响应及配送方案；
3. 器械及库存支持方案；
4. 售后服务（如需冷藏或冷冻或危险化学产品，须提供冷链或危化品供货承诺函，加公章）；
5. 应急预案及处理方案；
6. 其他服务。
7. **功能要求和售后服务响应表**

**功能要求和售后服务响应表**

注意：1.响应情况分为三种，“不响应”、“响应”和“优于”，请投标公司根据实际情况填写。若填写的是“不响应”和“优于”，必须详细填写“说明”。

2.承诺以下响应情况属实，如有虚假响应同意本项目一票否决，并列入采购人黑名单供应商。

| **序号** | **项目条款** | **响应情况**  **（不响应/响应/优于）** | **说明** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **功能要求** |  |  |
| 1.1 | 材质满足医院功能需求 |  |  |
| 1.2 | 所投产品规格型号满足需求 |  |  |
| 1.3 | 发票、送货单与产品同行 |  |  |
| 1.4 | 产品集采后，以集采价格供应 |  |  |
| **2** | **送货及库存：** |  |  |
| 2.1 | 厂家在本市设有产品库，在合同有效期内，保证货源充足。 |  |  |
| 2.2 | 保证按照医院指定地点和时间准时送货上门（不分节假日），公司承担全部运费且到达前的损失由公司承担。送货单项目内容需按医院要求。 |  |  |
| 2.3 | 保证接到通知后48小时内送达 |  | 紧急配送 小时内送达。 |
| 2.4 | 其他服务 |  |  |
| **3** | **退换货：** |  |  |
| 3.1 | 医院接受货物后若有疑义或使用前发现不宜使用的现象，公司随时提供免费退换货服务。 |  |  |
| 3.2 | 近效期产品（距离失效3个月）免费更换新效期的产品。 |  |  |
| 3.3 | 其他服务 |  |  |
| **4** | **技术支持：** |  |  |
| 4.1 | 免费提供产品和器械的售后技术培训与医用支持，定期配合医院免费为临床医生提供新技术培训。 |  |  |
| 4.3 | 其他服务 |  |  |
| **5** | **不良事件：** |  |  |
| 5.1 | 一旦发生质量问题，公司保证接到通知后半小时内响应，两小时内赶到现场。 |  |  |
| 5.2 | 在临床使用中若出现不良医疗反应现象，经相关质量监察部门鉴定后，确实属于产品质量问题的，公司承担全部责任。 |  |  |
| 5.3 | 若医院发生与产品相关的事故，不论是否与产品质量有关，公司必须积极参与医院事故的处理。 |  |  |
| 5.4 | 其他服务 |  |  |
| **6** | **质量保证：** |  |  |
| 6.1 | 厂家质量承诺书。 |  |  |
| 6.2 | 产品质量符合国家和国际承认的相应标准。 |  |  |
| 6.3 | 产品、器械的包装及相关资料证件严格符合医院要求。 |  |  |
| 6.4 | 市场监督管理局抽样检查时，免费提供抽检样品。 |  |  |
| 6.5 | 其他服务 |  |  |
| **7** | **其他服务（由投标公司自述）：** |  |  |

1. **同类项目业绩一览表**

**同类项目业绩一览表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购人名称** | **耗材名称** | **供货单价** | **供货日期** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：

1、按照评审要求提供2023年1月1日以来的同类项目业绩证明材料，如合同、供货发票等复印件（注明产品供货单价），要求能清晰看出耗材的型号、单价等，否则视为无效业绩。

2、承诺以上提供信息属实，拒绝发票开出后复印再作废，如有虚假同意本项目一票否决，并永久列入采购人黑名单供应商。

1. **杜绝商业贿赂承诺书**

**杜绝商业贿赂承诺书**

致：广州市黄埔区中医医院

作为设在 （供应商所在地）的 （供应商名称） 携我公司被授权人 （被授权人姓名）在此郑重承诺：

在广州市黄埔区中医医院2024年度医用耗材供应商遴选周期内，我单位不会有任何违法违规行为，包括但不限于：

（1）提供回扣或其他商业贿赂行为；

（2）以向贵院或者相关专家行贿的手段牟取成交；

（3）其他违反法律法规的行为。

如我单位实施了上述行为，我单位愿意承担因此带来的一切法律后果，包括取消中标资格和配送资格，不允许参加广州市黄埔区中医医院其他医用耗材供应商遴选采购项目。

供应商名称（签章）：

供应商法人代表（签字）：

被授权人（签字）：

日期： 年 月 日

注：1、本承诺书需为原件。

2、本承诺书内容不得擅自修改，并加盖投标公司公章。