**广州市第十二人民医院设备购置市场询价表**

**拟购置设备编号 ：                                        日期：**

|  |  |
| --- | --- |
| **采购项目名称****（数量）** |   |
| **品牌** |  | **产地** |  | **规格型号** |  |
| **生产商****（全称）** |  | **生产商类型（请根据企业情况打√）** | **□大型企业□中型企业□小型企业□微型企业** |
| **供货商****（全称）** |  | **供应商类型（请根据企业情况打√）** | **□大型企业□中型企业□小型企业□微型企业** |
| **资质审查**  | **营业执照**有□  无□ | **医疗器械注册证**注册号(全)： |
| **医疗器械经营许可证**证号： | **业务员的授权**姓名：电话：邮箱授权期限： |
| **厂家授权**有□  无□ | **厂家授权书**授权期限： |
| **专用耗材：有□无□****可否独立收费：****可□ 否□**（如耗材较多请另附清单） | 耗材1：             | 报价：         优惠价： |
| 耗材2：            | 报价：         优惠价： |
| **备注：1.如设备不需配套耗材或试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；****2.如需使用配套耗材或试剂，请提供专用耗材或试剂产品报价表（包括：名称、规格/型号、厂家、注册证号及有效期、报价）。****3.请提供专用耗材或试剂的产品注册证。** |
| **销售记录： 有□ 无□****其他医院成交记录：**(广东市内三甲医院、附三家以上医院成交记录优先) | 1.医院名称：                     成交价格：  成交日期：                    成交数量：  其他说明：2.医院名称：                     成交价格：  成交日期：                    成交数量：  其他说明：3.医院名称：                     成交价格：  成交日期：                    成交数量：其他说明： |
| **供货商确认** | **市场优惠价：      万元/台    总价:      万元****设备供货期：****设备保质保用期（年）：****（如分开质保，请注明主机、配件）****配置：（可另页附详细配置清单）****其它说明：****签名确认并盖公章：****年 月 日** |

**重要说明：**请生产企业或代理公司（下简称供应商）使用A4纸，按照上述清单的要求格式、内容，顺序制作《产品推荐书》，并请编制页码。

 **一、提交的资料清单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资料名称** | **资料所在页码范围** |
| 1 | 设备基本情况（标准格式见2.1） |  |
| 2 | 医疗器械产品注册证（含注册登记表及附页）或备案凭证或非医疗器械说明（该项目不适用） |  |
| 3 | 设备生产商营业执照及医疗器械生产（或经营）许可证或备案凭证（该项目不适用） |  |
| 4 | 产品授权书（格式自拟） |  |
| 5 | 设备代理商营业执照及医疗器械经营许可证或备案凭证 |  |
| 6 | 法定代表人证明书及法定代表人授权书（标准格式见2.2） |  |
| 7 | 三级医院产品用户名单（同品牌同型号）（标准格式见2.3） |  |
| 8 | 市场同档次产品技术对比表（标准格式见2.4） |  |
| 9 | 产品配置清单（选配件）（标准格式见2.5） |  |
| 10 | 设备涉及的主要配套耗材信息（标准格式见2.6） |  |
| 11 | 常用维修配件及易损件清单及价格（标准格式见2.7） |  |
| 12 | 质保期限（需附上厂家售后服务承诺书，格式自拟） |  |
| 13 | 关于资格的声明函（标准格式见2.8） |  |
| 14 | 信用记录自查承诺函（标准格式见2.9） |  |
| 15 | 产品主要功能特点介绍及产品彩页 |  |

**2.1设备基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| **产品名称** |  |
| **品牌及型号** |  |
| **质保期满后每年的维保价格（单位：万元）** |  |

**一、用途和功能描述：**

1、

2、

3、。。。

**二、产品完整配置清单（可另附页）：**

1、

2、

3、。。。

**三、主要技术参数（可另附页）：**

1、

2、

3、

4、

5、。。。。

**四、售后服务及其他：**

1、

2、

3、。。。

**2.2.1法定代表人/负责人资格证明书**

广州市第十二人民医院：

 同志，现任我公司 职务，为法定代表人，特此证明。

法定代表人签字（盖章）： 法人联系电话（手机）：

公司名称（单位公章）：

公司主营：

公司兼营：

签发日期：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

 2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

3.此证明书将作为合同不可分割的组成部分**。**

此处粘贴法定代表人

身份证正面

此处粘贴法定代表人

身份证反面

**2.2.2法定代表人/负责人授权委托书**

广州市第十二人民医院：

兹授权 同志，为我方参与本项目调研及办理其他事务代理人，其权限是： 全权代表本公司参与上述调研项目的全部响应，负责提供与签署确认一切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺等。

授权公司（单位盖章） ：

法定代表人签字（盖章）：

授权代理人： 职务： 联系电话（手机）：

有效期限：至 年 月 日 签发日期：

说明：1.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

2.此证明书将作为合同不可分割的组成部分**。**

3.供应商签字代表为法定代表人，则本表不适用。

此处粘贴授权代理人

身份证反面

此处粘贴授权代理人

身份证正面

**2.3三级医院用户名单（同品牌、同型号）（广东省内在前）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **客户名称** | **项目名称及合同金额****（万元）** | **验收时间** | **联系人及电话** | **合同书、中标通知书、发票等证明材料 (所在页码)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

 **2.4市场上同档次产品技术对比表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **关键技术参数** | **本公司产品** | **品牌xx** | **品牌xx** |
|  | **规格型号** |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**2.5产品的选配配置清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **规格型号** | **数量及单位** | **单价（元）** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**2.6设备涉及的主要配套耗材信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材****名称** | **耗材****品牌** | **规格型号** | **注册证号** | **生产厂家** | **包装规格** | **是否专机专用** | **耗材报价** | **供应商** | **市平台价格** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：1.如设备不需配套耗材或试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；**

**2.如需使用配套耗材或试剂，请按要求填写表格并提供专用耗材或试剂的产品注册证。**

**2.7常用维修配件及易损件价格**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **配件名称** | **型号规格** | **单位** | **单价（元）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2.8关于资格的声明函**

广州市第十二人民医院：

关于贵方采购项目名称:“ 项目”【包组号： 】的询价邀请，本签字人愿意参加此次询价，我方已清楚贵院的要求及有关文件规定，并承诺如下：

1.我方具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条所规定的条件及满足本项目规定的条件。

2.我方承诺参加政府采购活动前3年内，在经营活动中没有重大违法记录及符合法律、行政法规规定的其他条件。

3.我方具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录。

4.我方具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

5.我方具有履行合同所必需的设备和专业技术能力。

6.我方未对本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。

7.在同一包号投标或者未划分包号的同一招标项目投标活动中，我方与其他调研单位未存在单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的情况。

8.在本次采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我方承担。

特此声明！

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（盖公章）：

日期： 年 月 日

**2.9信用记录自查承诺函**

广州市第十二人民医院：

关于本企业信用情况，经对“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）中企业信用信息、“国家企业信用信息公示系统”（http://www.gsxt.gov.cn/corp-query-homepage.html）信息查询、“政府采购网”（ www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为等查询结果，截至规定的响应截止时间，我司没有被列入失信被执行人、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及其他不符合规定条件的供应商名单中。特此承诺！

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**备注：采购人将对供应商承诺内容的真实性和有效性进行审查、验证，如有造假或情况不一致，将导致报价无效！**